

**Les facteurs influençant les compétences
des infirmiers et des infirmières en matière
de soins spirituels dans un contexte de
soins somatiques: une revue de littérature
étoffée**

Bédaton Stéphanie & Hayoz Marine

Bachelor 09

Bachelor Thesis

Sous la direction de Madame Eliane Schenevey
Perroulaz

Haute École de Santé de Fribourg

2 juillet 2012

Résumé

Les facteurs influençant les compétences des infirmiers et des infirmières en matière de soins spirituels dans un contexte de soins somatiques

Objectif : identifier la place de la spiritualité dans les soins et identifier les facteurs aidants et les obstacles qui influencent les compétences des infirmières dans le domaine de la spiritualité dans un contexte de soins somatiques.

États des connaissances : la spiritualité est une dimension importante de l'être humain. Elle influence sa santé et son bien-être physique et psychologique. L'infirmière peut rencontrer certains obstacles lors de la prise en charge spirituelle du patient.

Méthode : ce travail est basé sur la méthodologie d'une revue de littérature étoffée. La population concernée comprend les infirmières et les étudiants en soins infirmiers dans les contextes de soins somatiques incluant l'oncologie, la médecine, la chirurgie et la pédiatrie. Comme la spiritualité peut avoir de multiples perceptions et définitions qui requièrent une approche multidisciplinaire, plusieurs techniques de recherches ont été utilisées. Deux banques de données ont été consultées : Pubmed et Cinhal.

Résultats : les résultats ont été regroupés en quatre grandes catégories représentant les facteurs influençant les compétences infirmières dans le domaine de la spiritualité : les facteurs personnels, les facteurs professionnels, les facteurs institutionnels et les facteurs socioculturels. Le rôle de l'infirmière en matière de soins spirituels est une thématique très complexe car chacun possède ses propres valeurs et croyances.

Implication pour la pratique : il serait important, dans un premier temps, de clarifier le rôle des infirmières en matière de spiritualité. Un besoin de formation a été mis en évidence plusieurs fois. Les programmes éducatifs devraient inclure les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire. De plus, la direction des institutions devrait aider les infirmières en mettant à disposition des équipes de soutien. Des recherches supplémentaires sont nécessaires

dans ce domaine pour fournir des bases solides pour les profils de compétences en soins infirmiers.

Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir réalisé nous-mêmes cette revue de littératures conformément aux directives. Toutes les références intégrées à ce travail sont identifiées et nommées de manière précise».

Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier notre directrice de Bachelor Thesis Eliane Schenevey Perroulaz pour sa guidance, ses conseils et ses remarques pertinentes durant l'élaboration de ce travail.

Nous remercions également notre famille, Anne et Dominique, Justine, Jean et Romain Hayoz, Anne-Marie Thürler, Marilyne et Patrick Bédaton pour leur soutien inconditionnel et leur aide. Leurs relectures et leurs corrections nous ont été précieuses.

Par leur présence, leur soutien et leur bonne humeur qui nous ont permis de décompresser et de nous ressourcer durant l'écriture de ce travail, nous remercions Karim Nassar, Elmir Gjocaj, Gwendoline Roux et Emilie Conus.

Tables des matières

Résumé	2
Déclaration d'authenticité	4
Remerciements	5
Tables des matières	6
1 Etat des connaissances	11
2 Problématique	13
2.1 But et question de recherche	16
3 Cadre de référence	18
3.1 Les compétences	18
3.1 Concepts reliés au cadre de référence	23
3.1.1 La spiritualité	24
3.1.2 La détresse spirituelle	26
3.2 Argumentation des concepts	29
4 Méthodologie	31
4.1 Banques de données et «Mesh-Terms»	31
4.2 Les critères d'inclusion	32
4.3 Les critères d'exclusion	33
4.4 Les études retenues	34
4.5 La démarche de synthèse narrative	36
5 Résultats	37
5.1 Facteurs personnels	38
5.1.1 La personnalité	38
5.1.2 Compréhension et perception de la spiritualité	38
5.1.3 Conscience personnelle de sa spiritualité	39
5.1.4 Croyances, religion et valeurs personnelles	40
5.1.5 Mobilisation d'un cadre de référence personnel	40

5.1.6	Implication émotionnelle	40
5.2	Facteurs professionnels	41
5.2.1	La définition de la spiritualité dans les soins infirmiers	41
5.2.2	Les compétences des infirmières en matière de soins spirituels	42
5.2.3	La formation professionnelle	42
5.2.4	La documentation des soins	44
5.2.5	La complexité de l'évaluation de la spiritualité	44
5.2.6	L'expérience professionnelle	44
5.3	Facteurs institutionnels	44
5.3.1	Philosophie et déontologie face à la prise en charge des besoins spirituels	44
5.3.2	Travail interdisciplinaire	45
5.3.3	Environnement	46
5.3.4	Mise à disposition de mesures pour faciliter l'application des soins spirituels	46
5.4	Facteurs socio-culturels	46
6	Discussion	48
6.1	Synthèse des principaux résultats	48
6.1.1	Résultats probants	48
6.1.2	Limites	48
6.2	Interprétation des résultats en lien avec le cadre de référence	48
6.2.1	Les facteurs qui influencent les compétences individuelles	48
6.2.2	Les facteurs qui influencent les compétences collectives	50
6.2.3	Les facteurs qui influencent la réflexivité	54
6.3	La critique du travail de BT: les limites et les apports de la revue étoffée	56
6.3.1	Les questions de fonds	56
6.3.2	Les aspects théoriques	56
6.3.3	Les décisions d'ordre méthodologique	56

6.3.4	L'analyse	57
6.3.5	Les aspects éthiques	57
6.3.6	L'interprétation	57
6.3.7	Les éléments stylistiques	57
6.4	Les implications pour la pratique professionnelle	57
6.5	Les implications pour la recherche future	58
	Conclusion	60
7	Bibliographie	61
	Ouvrages	61
	Articles	63
	Sites WEB	65
	Revue	66
	Annexes	67

Introduction

Voltaire a dit que « l'espérance de guérir est déjà la moitié de la guérison », veut-il dire, par-là, que l'esprit peut déplacer des montagnes ? A chaque moment de vie son propre questionnement. Et pour avancer à travers la maladie, ne faudrait-il pas se questionner sur le sens de celle-ci, le sens de sa présence « ici » et le sens de la vie ? Ce questionnement peut être extrêmement important et particulièrement en période de crise. En effet, la spiritualité est une importante force de résilience pour beaucoup de patients. Et nous, soignant, quelles sont nos compétences dans ce domaine ? Et plus précisément, quels sont les facteurs influençant ces compétences ?

Dans un premier temps, de la littérature est réunie afin de comprendre la thématique de la spiritualité plus précisément. Cette démarche permet d'affiner la problématique et de formuler la question de recherche. Puis, des concepts en lien avec le thème sont définis afin de comprendre les tenants et aboutissants. Le cadre de référence des compétences a été choisi afin d'être utilisé pour l'analyse des résultats et la discussion.

Ce travail se base sur la méthodologie d'une revue de littérature étoffée. La population concernée comprend les infirmières et les étudiants en soins infirmiers dans les contextes de soins somatiques incluant l'oncologie, la médecine, la chirurgie et la pédiatrie. Des critères d'inclusion et d'exclusion sont définis au préalable. Comme la spiritualité peut avoir de multiples perceptions et définitions qui requièrent une approche multidisciplinaire, plusieurs stratégies de recherches sont utilisées. Deux banques de données sont consultées : Pubmed et Cinhal.

La littérature retenue dans les résultats de cette revue répond aux critères de pertinence de la grille critique d'une recherche qualitative et quantitative. Les résultats sont regroupés en quatre grandes catégories représentant les facteurs influençant les compétences infirmières dans le domaine de la spiritualité : les facteurs personnels, les facteurs professionnels, les facteurs institutionnels et les facteurs socioculturels. Puis, selon leur thématique, ils sont regroupés en sous-catégories.

Une discussion est établie à l'aide du cadre de référence des compétences.
Des propositions pour la pratique et les recherches futures sont développées à la fin du travail.

1 Etat des connaissances

Ces dernières décennies, la conscience spirituelle ne cesse d'augmenter depuis la reconnaissance de sa priorité dans les soins (Baldacchino, 2006). Par ailleurs, les bouleversements subits par la société moderne, remettent fortement en cause le concept de spiritualité, pendant des siècles, lié essentiellement à la religion. Comme dans ce domaine, il est important que la théorie reflète la diversité ethnique, le terme spiritualité est sujet à de nombreuses interprétations (Mc Sherry, 2006).

L'être humain a été obligé de s'interroger sur le sens de la vie. De ce fait, l'homme n'est plus programmé par la religion à laquelle il lui suffisait de se conformer. Désormais, il se trouve devant l'épreuve du choix et de la décision du parcours qu'il devra empreinter (Geschwind, 2004). Ainsi, la religion ne dicte plus forcément les choix de l'être humain.

En Suisse, une étude publiée par le fonds national suisse de la recherche, cité par Jacolet (2001), révèle que la population helvétique entretient un rapport toujours plus distant à la religion. Cette étude a défini quatre sortes de religiosité : les distants (64%), les institutionnels caractérisés principalement par les membres des églises nationales (17%), les séculiers ou indifférents religieux (10%) et les alternatifs (9%), qui concernent les croyances holistiques ou ésotériques. Selon Schneuwly-Purdie (2011), l'éloignement de la population à la religion est expliqué par: la sécularisation de la population aux confessions, aux mariages mixtes toujours plus nombreux et aux familles biconfessionnelles transmettant moins la religion aux nouvelles générations. Toujours selon cet auteur, la société d'aujourd'hui accorderait peu de temps à ce qui est pérenne ; elle s'intéresserait plus à ce qui apporte quelque chose rapidement comme les intérêts d'un investissement. En effet, l'intérêt serait plus dans le bien-être de l'ici et maintenant que dans l'idée d'un paradis future.

En parallèle, la spiritualité connaît actuellement un intérêt grandissant. Elle a une incidence sur le bien-être physique et psychique. En effet, les personnes vivant la maladie ont identifié la spiritualité comme une importante stratégie de coping (Bukhart & Hogan, 2008). Pendant la maladie, le sens de la vie peut être

remis en question. Il peut arriver que le patient soit incapable de trouver du sens et de l'espoir lors de cette crise. Il peut en résulter une détresse spirituelle qui est alors préjudiciable à sa santé (Baldacchino, 2006).

Dans le cadre de la profession, le rôle infirmier participe au bien-être spirituel du patient en offrant un sentiment d'identité, de valeur, d'espoir et de sens de l'existence (Narayanasamy, 2006). Pour les soignants, il ne s'agit pas de remplacer le travail de l'aumônier, mais il s'agit plutôt de collaborer activement pour une prise en charge complémentaire (Mazzocato & David, 2008).

Néanmoins, la spiritualité est un sujet qui ne se trouve pas toujours au centre des préoccupations quotidiennes des soignants, faites de pressions sur l'horaire, de gestion des symptômes ou de traitements thérapeutiques. A y regarder de plus près, si l'aspect spirituel n'est pas au premier plan des soucis des soignants, beaucoup de patients sont touchés intimement par le sujet. Cela peut influencer à la fois le traitement, les choix du malade et sa relation avec l'équipe soignante (ibid.).

Cette revue de littérature vise donc à mieux comprendre les aspects spirituels dans les soins infirmiers afin d'identifier les facteurs influençant les attitudes de l'accompagnement spirituel chez les infirmières. L'importance de la compréhension de la thématique est essentielle au questionnement personnel et professionnel. Les soins spirituels ne sont pas simples à définir, en raison des multiples définitions données à la spiritualité (Yuet Foon Chung, 2007). Les résultats de nos recherches peuvent s'ajouter à d'autres travaux empiriques sur la spiritualité et sensibiliseront les professionnels de la santé au fait que la spiritualité est une composante significative pour le bien-être et la guérison des patient dans toutes les phases de la maladie.

2 Problématique

La maladie bouleverse la vie ; il y a de ce fait, une remise en question du pourquoi de la souffrance et du pourquoi de la vie. La personne malade a besoin de comprendre, de se réconcilier avec sa vie et sa personne, de se relier, de donner un sens à sa vie et à sa mort. Le malade a également besoin d'être entendu et aidé pour évoluer dans cette recherche. La personne peut également poursuivre ce questionnement en y intégrant un sens plus universel ; le sens de la vie de l'homme parmi les autres dans le monde. Ce questionnement peut être à la fois religieux, philosophique ou spirituel. Malgré la souffrance vécue par le malade, ce cheminement peut se présenter comme le dernier processus de maturation et de réalisation de soi (Schaerer, Kolodié, Racinet & Vrousos, 1987).

Face à l'ambiguïté du présent et l'incertitude du futur, beaucoup de patients comptent en leurs croyances spirituelles comme sources de force et d'espoir. Ils les mobilisent également pour combattre leurs sentiments de peur pendant toute la course de la maladie et pour beaucoup d'entre eux, c'est un facteur significatif pour prendre des décisions. La spiritualité est plus qu'un constant questionnement sur des sujets de fin de vie. Les patients subissant la maladie n'attendent pas de solutions spirituelles des soignants mais ils souhaitent tout simplement se sentir à l'aise lorsqu'il s'agit d'en discuter et non pas rencontrer la peur, des jugements et des commentaires dédaigneux. La spiritualité n'a pas besoin d'être limitée aux secteurs palliatifs ou de fin de vie. Elle peut être une ressource majeure, autant pour les patients que pour les professionnels de la santé qui doivent la soutenir. Cette approche peut être une expérience intense d'harmonie intérieure, c'est la connexion dans le plus grand respect intérieur avec la force de la vie (Surbone & Baider, 2010). Selon Neuenschwander (2007), chaque personne est en droit de parler de thématiques intimes autour de la spiritualité car ces questions font partie de la personne en tant qu'être dans sa totalité.

Une étude récente de la Fondation Bertelsmann (2009), révèle que 80% des Suisses se définissent comme religieux (moyenne européenne: 70%; USA: 89%). Parmi ceux-ci, 11% déclarent avoir une pratique religieuse hebdomadaire

et 37% plusieurs fois par année. Cette étude démontre bien que la population suisse montre de l'intérêt pour la religion. De plus, cette étude n'abordant que cet aspect, il se pourrait bien que plus de personnes soient concernées par le thème de la spiritualité.

Cependant, les situations de prises en charge spirituelles en soins palliatifs sont beaucoup plus fréquentes de par les questionnements liés à la fin de vie. Le personnel soignant possède beaucoup plus de connaissances autour de ce thème. Les facteurs influençant les compétences infirmières sont loin d'être identiques et la problématique est différente. D'ailleurs, nous avons pu remarquer qu'il existe un grand nombre de littérature sur cette thématique, adressée aux professionnels exerçant en soins palliatifs. Notamment, selon In Vieillir en Suisse (2010), cité par la revue palliative suisse, dans le consensus pour la « best practice » sur les recommandations soins palliatifs et soins spirituels :

Tout être humain, consciemment ou non, et spécialement lorsqu'il se sent mourir, a des besoins spirituels, au plus large sens du terme. L'accompagner dans cette recherche n'est pas seulement l'affaire des aumôniers, mais de tous ceux qui l'entourent, non pour lui imposer leurs propres convictions, mais pour l'aider à vivre sa vérité.

La prise en charge des besoins spirituels n'est pas uniquement de la responsabilité de l'infirmière. En effet, toutes les personnes amenées à soigner le patient peuvent intervenir dans la prise en charge spirituelle. Il existe, dans de nombreuses institutions, un service d'aumônerie avec lequel les soignants sont amenés à coopérer. En ce qui concerne la place de l'aumônier, selon Neuenschwander & al. (2007), l'aumônier professionnel dispose dans le cas idéal d'une formation théologique de base et d'une formation supplémentaire en psychothérapie. Pour le patient, pour ses proches, ainsi que pour les soignants, le suivi par un aumônier peut être d'une grande aide. Le travail de l'aumônier consiste aussi à supporter, écouter et partager avec la personne des expériences de vie.

Durant nos expériences de stages professionnels, nous avons remarqué qu'en soins aigus et chroniques, les soignants sont souvent démunis face aux besoins spirituels des patients. En effet, La spiritualité et les questions existentielles semblent souvent rejetées au second plan devant l'urgence somatique (Mazzocato & David, 2008). Peu de modèles sur la spiritualité sont mis à disposition des infirmiers dans les institutions de soins somatiques. De ce fait, il n'y a pas d'évaluation systématique des besoins spirituels des patients. Il est donc de la responsabilité individuel du professionnel de prendre en compte ou non cette dimension du soin.

En résumé, la spiritualité est une ressource majeure pour l'homme. De plus, lors de situations de crise comme une maladie, un handicap, une perte ou entre autres une souffrance, des besoins ou une détresse spirituels peuvent émerger. La littérature montre également que les soins spirituels font partie intégralement du domaine des soins infirmiers. Dans le cadre de la profession, le rôle infirmier participe au bien-être spirituel du patient en offrant un sentiment d'identité, de valeur, d'espoir et de sens de l'existence. Toutefois, les soignants n'incluent pas cette dimension de manière systématique dans la pratique. La spiritualité connaît donc actuellement un intérêt grandissant dans la profession infirmière (Narayanasamy, 2006).

Il est évident, dans la littérature, que les patients présentent parfois des besoins spirituels importants, auxquels les professionnels de la santé sont confrontés. Cependant, la spiritualité reste un concept complexe et difficile à définir. De par le fait que le terme spiritualité soit sujet à de nombreuses interprétations, pose un réel problème dans la pratique infirmière. Envisager la dimension spirituelle du soin n'est certes pas facile à traiter, tant cette dimension ne nous est pas familière, quelles que soient nos origines religieuses (Mazzocato & David, 2008). D'autres parts, Il est important que dans ce domaine, la prise en charge reflète les cultures, les religions et la diversité ethnique existante. De plus, l'interprétation religieuse de la spiritualité est problématique pour une évaluation adéquate des besoins spirituels en particulier pour les personnes séculières (McSherry, 2006).

Selon Stpnick & Perry (1992), repris par Kempes (2002), de nombreux soignants sont mal préparés à apporter une aide dans un accompagnement spirituel et de ce fait, évitent d'aborder les questions de ce type, même lorsque le besoin est grand. Les incertitudes, les doutes personnels de certains soignants, l'impossibilité d'accompagner des patients n'ayant pas les mêmes croyances qu'eux et le manque de formation pour cet accompagnement expliqueraient, entre autres, cet évitement de la part des soignants.

Selon le Royal College of Nursing (RCN, 2011), les soins spirituels «ne se rapportent pas uniquement aux croyances et pratiques religieuses, ne sont pas non plus le fait d'imposer ses croyances et ses valeurs à la personne soignée, ni d'utiliser une argumentation ou une position pour reconvertir la personne, ne se résument pas à une activité spécifique et ne sont pas seulement de la responsabilité de l'aumônier». En effet, les auteurs expliquent que «les soins spirituels sont une partie fondamentale des soins infirmiers qui sont actuellement trop négligés par l'ignorance et l'incompréhension». Pratiquer des soins spirituels se rapporte à: «la rencontre des gens dans le profond besoin, faire avec et non faire pour, l'attitude, le comportement et les qualités personnelles notamment dans la relation à l'autre, considérer les soins spirituels avec autant d'importance que les besoins physiques». Le RCN (2011) explique ce qui est nécessaire à l'infirmière pour promulguer des soins spirituels comme: «adopter une attitude bienveillante et une disponibilité, reconnaître et répondre de manière appropriée aux besoins de l'individu, utiliser l'observation pour identifier les indicateurs qui montrent un besoin spirituel, prendre du temps pour écouter et considérer l'individualité de ses besoins, se référer à une autre personne lorsque c'est nécessaire (ex. : aumôniers, famille, amis, conseillers, équipe).

2.1 But et question de recherche

Tout d'abord, la question s'est posée de la place et la fonction de la spiritualité chez la personne vivant la maladie. Cette démarche a montré que la dimension spirituelle peut être essentielle dans ces situations. La maladie peut ébranler la spiritualité du patient et faire émerger des besoins. Nous nous sommes ensuite questionner sur la nature des besoins spirituels des patients et les possibilités

d'interventions des infirmières en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire. Nous avons découvert qu'il existait de nombreux écrits ; Notamment les guides de bonnes pratiques pour la prise en charge de la spiritualité (la revue palliative.ch, 2010). Ainsi, nous nous sommes demandées pourquoi les infirmières semblaient peu inclure ces soins dans leur pratique. La nécessité d'acquérir, de développer et de mobiliser certaines compétences a été mise en évidence.

Notre travail a donc pour but de rechercher à travers la littérature existante:

Quels sont les facteurs qui influencent les compétences des infirmiers et des infirmières en matière de soins spirituels dans un contexte de soins somatiques ?

Pour répondre à cette question, les compétences des infirmières pour les soins spirituels ont été recherchées afin de comprendre les éléments significatifs de cette prise en charge. Puis, le développement ou non de ces compétences a été identifié afin de comprendre ce qui peut empêcher ou aider la prise en charge de la spiritualité dans la pratique.

Un des buts de ce travail est de comprendre les compétences en matière de prise en charge spirituelle des patients en milieux somatiques. En effet, durant la formation très peu d'apports théoriques ont été étudiés sur cette dimension des soins. De plus, durant nos stages nous nous sommes senties démunies face à la manifestation des besoins spirituels des patients ; nous ne savions pas comment réagir dans face à de telles situations. Pourtant, la littérature nous démontre que la spiritualité fait partie des soins holistiques délivrés par l'infirmière. Une des motivations de ce travail est d'affiner le rôle professionnel, en ayant des ressources pour aborder l'aspect de la spiritualité dans les soins en tenant compte de la globalité et de l'individualité de la personne.

3 Cadre de référence

Cette revue de littérature est composée d'un cadre de référence qui se base sur la notion de compétences, et de deux concepts qui sont la spiritualité et la détresse spirituelle.

3.1 Les compétences

Selon Beariswyl & al de la Haute Ecole de Santé de Fribourg (2011) :

Une compétence effective est Le résultat de la mobilisation, de la sélection, de la coordination, de la mise en œuvre des ressources utiles et de leurs nombreux ajustements pour le traitement d'une situation ou d'une famille de situations .Les ressources sont de nature cognitive, affective, sociale et contextuelle. Le traitement d'une situation doit être socialement acceptable. Une compétence suppose, au-delà du traitement efficace, que le sujet pose un regard critique sur les résultats de ce traitement (analyse des éléments considérés, réflexion sur les ressources mobilisées). Une compétence est donc construite, située, réflexive et temporairement viable. Les situations deviennent à la fois source de compétences car elles permettent de les construire et critères de compétences car elles en testent l'efficacité. Les référentiels de compétences servent de balises pour la construction du curriculum de formation.

Le Boterf (2008), propose une analyse du concept de compétence. Il propose, tout d'abord, de traiter la compétence comme un processus et non comme une somme de ressources. En effet, il ne suffit pas de posséder des ressources, encore faut-il savoir les utiliser dans des contextes particuliers. Il critique ainsi la définition «que la compétence est une somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir être». Il explique qu'une personne peut être compétente mais peut ne pas savoir agir avec compétence dans telle ou telle situation. Ensuite, pour lui, la compétence n'est pas une addition car ce serait raisonner en termes d'assemblage et non pas de combinatoire. L'action réalisée avec compétence ne peut s'appréhender au terme d'un découpage des ressources qui la constituent. Il ne s'agit plus de se contenter de lister des ressources mais de

distinguer ce que signifie «être compétent» et «avoir des compétences», l'auteur donne deux significations bien distinctes:

Être compétent, c'est être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail. C'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoirs, savoir-faire, comportements, modes de raisonnements). On se réfère ici au domaine de l'action, Avoir des compétences, c'est avoir des ressources (connaissances, savoir-faire, méthodes de raisonnement, aptitudes physiques, aptitudes comportementales) pour agir avec compétence.

Ensuite, l'auteur critique le référentiel de compétence, qui pour lui, n'est pas une description du travail réel. Les référentiels sont des points de repère et des orientations, ils peuvent être considérés comme des objectifs. Il est important de souligner qu'il existe autant de pratiques que de professionnels.

Par ailleurs, la performance de l'équipe dépend en grande partie des ressources que représentent ses collaborateurs et des conditions qu'il faut réunir pour qu'elles puissent être mobilisées. Deux types de ressources doivent être pris en compte. Tout d'abord, les ressources personnelles composées des ressources pour comprendre, pour agir sur mesure, pour opérer et persévérer, pour coopérer, pour progresser et ressources de guidage. Puis, les ressources collectives doivent être prises en compte. Ainsi, il est préférable d'organiser les ressources plutôt que de les empiler. Il explique aussi que la mise en œuvre de compétences dépend toujours d'un contexte qui soit favorable. Par ailleurs, la compétence collective n'est pas l'addition de compétences individuelles. Il s'agit de synergie, de coopération au sein de l'équipe.

L'auteur insiste également sur le fait qu'il faut prendre en compte la réflexivité et pas seulement les pratiques et les ressources, la personne n'est plus immergée dans une situation mais se positionne face au problème. Tout ce processus participe à la construction d'une identité professionnelle.

Leeuwen (2004), au sein d'une revue de littératures sur les compétences infirmières en soins spirituels, a formulé un profil de compétences professionnelles spécifiques à cet aspect des soins. Trois domaines ressurgissent liés à : la personnalité infirmière (les attitudes, les qualités personnelles, la responsabilité professionnelle, le savoir et la vision), au processus infirmier (observation, évaluation, diagnostic, "coaching", soutien, information et conseil, la continuité des soins et la coordination et la coopération multidisciplinaire), au contexte institutionnel et aux soins offerts (les conditions institutionnelles favorables).

Dans le cadre du processus de Bologne, toutes les Hautes Ecoles Spécialisées de Suisse ont élaboré des profils de compétences par formation. Un référentiel de compétences a de ce fait été établi dans le domaine des soins infirmiers en tenant compte du cadre légal de la profession en Suisse et en Europe.

Les compétences spécifiques conçues pour chaque profession se réfèrent au modèle CanMEDS (2005). Ce cadre offre une définition des compétences: «processus qui consiste à définir les habiletés de base nécessaires pour traduire les données probantes disponibles sur la pratique efficace en éléments utiles pour l'éducation» (Frank, Ledergerber, Mondoux & Sottas, 2009). Il s'agit de la mise en œuvre des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être dans une situation de travail habituelle ou nouvelle. Cette notion se développe autour de quatre éléments: la compétence cognitive, la compétence fonctionnelle, la compétence personnelle, la compétence éthique.

Les compétences développées dans les HES¹ ont pour but: « une approche scientifique et une démarche économique, la sécurité des patients, l'efficacité et la qualité». Elles reflètent le comportement attendu du futur professionnel: communicateur, collaborateur, manager, promoteur de la santé, apprenant et formateur. Les compétences ont été définies à la fois pour la formation au niveau Bachelor et Master. Les compétences de master présentent une plus-value; elles permettent soit d'approfondir les compétences acquises soit d'en

¹Annexe 1: Tableau des référentiels de compétences génériques des professions de la santé HES et spécifiques aux infirmières.

développer de nouvelles. Dans le référentiel des compétences d'infirmière HES en ce qui concerne leur rôle de promotion de la santé il est dit que : «les infirmières encouragent les patients et leurs proches à utiliser, de manière différenciée et individuelle, les moyens disponibles pour surmonter la maladie ou la prévenir, dans le souci d'assurer la meilleure qualité de vie possible». Comme il est expliqué au début du travail, la spiritualité peut être une stratégie de coping face à la maladie (Baldacchino, 2006). Ainsi, il peut être déduit qu'il revient à l'infirmière de promouvoir cette ressource.

Benner (1995), quant à elle, a développé divers concepts liés à la compétence infirmière. Pour elle, la théorie (les connaissances et le savoir) est un excellent outil pour expliquer et prévoir, elle permet de se poser les bonnes questions. L'expertise, elle, ne peut se développer que lorsque le praticien se confronte à des situations réelles. Le résultat de cette confrontation est l'expérience. C'est pourquoi, la compétence se nourrit de savoir-faire (connaissances pratiques) et non pas de savoir (connaissances théoriques). Selon elle, il y a six domaines de connaissances pratiques. Tout d'abord, il y a la hiérarchisation des différences qualitatives qui résulte de la capacité à reconnaître et décrire les contextes en comparant les différents points de vue. Ensuite, il y a les significations courantes qui résultent de l'acquisition au contact des malades et de leur famille de comportements. Les suppositions, les attentes et les comportements types se décrivent, quant à eux, comme des prédispositions à agir d'une certaine manière. Puis, les cas modèles (paradigmes) et les connaissances personnelles développent la connaissance clinique, fruit de la confrontation entre la théorie et les connaissances pratiques. Une expérience peut avoir suffisamment de force pour servir de modèle. Ces modèles se substituent peu à peu à la théorie pour devenir des connaissances personnelles. Les maximes sont des instructions codées qui n'ont de sens que pour les professionnelles ayant une bonne compréhension de la situation. Ainsi, ce type de transmission du savoir est hermétique au débutant. Enfin, il y a les pratiques non codifiées qui sont le résultat d'actes infirmiers non traditionnels qui génèrent des connaissances hors du champ habituel car elles ne sont pas décrites, étudiées ou confrontées à la théorie.

Dreyfus & Dreyfus (s.d.) cités par Benner (1995) ont mis au point un modèle d'acquisition des compétences reposant sur cinq stades successifs :

- Stade 1: novice: personne n'ayant aucune expérience des situations, ils connaissent uniquement des situations décrites en termes d'éléments objectifs. Leur comportement est limité et rigide, leurs actes éventuellement inutiles ou non adaptés.
- Stade 2: Débutant: ils ont fait face à suffisamment de situations réelles pour identifier les facteurs signifiants tels que les caractéristiques globales. Des principes peuvent être formulés pour dicter les actions, le manque de priorisation est encore présent.
- Stade 3: compétent: l'infirmière compétente travaille dans un même environnement depuis deux ou trois ans. Elle peut percevoir des plans à long terme en se basant sur une analyse consciente, abstraite et analytique du problème. Elle maîtrise les choses et est capable de faire face aux imprévus.
- Stade 4: performant: l'infirmière perçoit la situation comme un tout fondé sur l'expérience et sur les événements récents. L'expérience facilite sa capacité de réagir en fonction des priorités perçues. Elle développe le «signal d'alarme précoce», c'est-à-dire, le pouvoir de percevoir une détérioration de l'état de santé avant même que les signes vitaux n'explicitent ces changements.
- Stade 5: expert: sa grande expérience lui donne une vision intuitive de la situation et lui permet d'appréhender un problème sans se perdre dans solutions ou diagnostics stériles. Ses interventions sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence.

Ensuite, grâce à l'évaluation des performances, Benner (1995) a identifié 31 compétences qui ont pu être regroupées en sept domaines, elle précise que son but n'est pas de codifier la pratique infirmière. Ces sept domaines sont :

La fonction d'aide: assurer le confort, préserver sa personnalité face à la douleur, assurer une présence auprès du malade et optimiser sa participation,

interpréter les types de douleur et les contrôler et les gérer, réconforter et communiquer par le toucher, rôle de soutien affectif, informer, guider dans le changement émotionnel et physique, être un médiateur psychologique et culturel, établir et maintenir un environnement thérapeutique lequel comprend les soins spirituels.

Fonction d'éducation, de guide: aider dans l'intériorisation des éléments significatifs de la maladie chez le patient, savoir et comprendre comment le malade interprète sa maladie, rendre abordables et compréhensibles les aspects culturellement tabous d'une maladie.

La fonction de diagnostic et de surveillance: détecter les changements, fournir un signal d'alarme précoce en anticipant la crise, penser à l'avenir, anticiper les besoins et évaluer le potentiel de guérison.

La prise en charge efficace des situations à évolution rapide: compétences lors d'urgences vitales, rapidité.

L'administration et la surveillance des protocoles thérapeutiques: assurer un minimum de risques et de complications, surveiller les effets secondaires et les réponses au traitement, créer des stratégies de soins qui facilitent la guérison.

Assurer et surveiller la qualité des soins : assurer la sécurité, obtenir des médecins une réponse appropriée.

Organiser et répartir les tâches: coordonner, consolider l'équipe, anticiper la charge de travail, maintenir l'esprit d'équipe, maintenir un comportement humain et une attitude souple.

3.1 Concepts reliés au cadre de référence

Le concept de la spiritualité et le concept de la détresse spirituelle ont été choisis en raison de leur pertinence et leur adéquation à la question de recherche.

3.1.1 La spiritualité

Girardin (2000) repris par Visser, Garssen & Vingerhoets, évoque la recherche de la connectivité et du sens pour définir la spiritualité. D'autres auteurs parlent également d'une expérience subjective du sacré (Saucier & Skrzypinska, 2006, cité par Visser, Garssen & Vingerhoets).

Ainsi, plusieurs éléments peuvent se rattacher à la spiritualité: les représentations religieuses, les expériences, les croyances et les doutes, les valeurs et les représentations de la morale, ancrée dans un vécu, ainsi que les questions relatives au sens de la vie et de la mort (Neuenschwander & al., 2007).

La religion et la spiritualité peuvent être comprises comme la recherche du sacré, un processus à travers lequel chaque personne peut chercher à se découvrir (Crane, 2009). En d'autres termes, la religion et la spiritualité sont en chevauchement permanent. Elles peuvent donc se joindre et avoir de possibles connexions, elles sont d'ailleurs, dans certains récits, des synonymes (Miller & Thoresen, 2003). Pourtant, il réside certaines nuances entre spiritualité et religion. Pour Koenig, Mc Cullough & Larson (2001), la spiritualité représente une expression individuelle, subjective et libre. C'est dans la relation à ce qui transcende son humanité, dans la relation à soi et à l'autre que la spiritualité se vit significativement. Tandis que les religions sont différenciées par des croyances, des modes d'organisation sociale et des pratiques spécifiques. Ainsi, pour certains, la religion peut être vue comme un phénomène social, tandis que la spiritualité est vue comme un niveau intérieur de l'individu (Thoresen, 1998).

Est également rattaché à la spiritualité, tout le questionnement généré par la maladie, la finitude de la vie, les éléments de réponses individuelles et communautaires qui constituent une ressource pour la personne malade. La spiritualité est donc une dimension constitutive de l'être humain. Pourtant, de par son expression au contexte singulier, social et culturel de chaque personne qui s'y intéresse, une définition universelle est difficile à formuler.

McSherry & Cash (2006), nous rend également attentif à la complexité de la définition de la spiritualité. Il explique que le mot spiritualité est en danger de devenir sans sens et qu'une définition universelle pourrait être théoriquement et culturellement impossible.

Certains auteurs évoquent plutôt la spiritualité sous forme de concept. Selon Formarier & Jovic (2009), l'utilisation du concept de spiritualité remonte au XIII^e siècle, elle vient du latin qui signifie esprit et souffle. La spiritualité est une démarche cognitive de l'homme se caractérisant par la recherche d'un sens et d'un but pour son existence. Cette recherche de sens peut être fondée sur des croyances religieuses ou non, et sur une attitude philosophique, morale, artistique ou scientifique. Elle peut entraîner des pratiques dites spirituelles.

Surborne & Baider (2010) parlent, quant à eux, d'expérience spirituelle se caractérisant en deux aspects. Premièrement, l'individu rencontre ou fusionne avec ce qui est compris principalement comme «non-self» ou autre. Deuxièmement, la personne devient consciente d'un plus haut pouvoir, d'une intelligence supérieure, d'un but ou d'un ordre dans l'univers hors de son contrôle mais auquel il peut conformer sa vie. La spiritualité est une expérience de bouleversement cognitif.

Ensuite, il existerait une corrélation positive entre la spiritualité et la qualité de vie qui serait aussi significative que l'association entre le bien-être physique et la qualité de vie. Dans cette vision de l'homme, corps et âme sont traités avec importance, déférence et respect (Geschwind, 2004). Pour intégrer la spiritualité dans les soins, il convient de réfléchir sur les méthodes du faire et de s'interroger sur les manières d'être et de montrer.

Par ailleurs, selon Kohler (1997), repris par le Collège soins infirmiers société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP, 1999), les besoins spirituels des personnes sont: le besoin d'être reconnu comme une personne, le besoin de relire sa vie et de faire le lien entre les événements, le besoin de quête de sens, le besoin de se déculpabiliser, de se réconcilier, de se pardonner à soi-même, le besoin de croire à la continuité de l'homme, laisser une trace vivante et s'ouvrir à la transcendance, à une force, un dieu.

La littérature montre bien que le terme spiritualité peut avoir de multiples interprétations. Ainsi, dans le domaine des soins infirmiers, un réel besoin de clarification se fait ressentir en ce qui concerne la spiritualité. Ainsi, la conscience qu'il y a certaines préoccupations dans ce domaine ne cesse d'augmenter (McSherry, 2006).

3.1.2 La détresse spirituelle

Selon Pétremand (2010), lorsque la maladie chronique ou évolutive fait irruption dans la vie d'une personne, elle bouleverse profondément les représentations, les motivations, les relations de la personne ; l'image de soi est affectée et les liens avec les autres sont touchés. Le malade jette alors un regard sur sa vie, cherche le sens, la signification et il analyse les échecs et les réussites.

Ainsi, l'annonce d'une maladie grave peut entraîner le début ou l'approfondissement d'une démarche spirituelle. Inversement, elle peut entraîner un arrêt, une annihilation d'une démarche conduisant le patient à une indifférence à son identité spirituelle voire à sa dignité, c'est-à-dire ce qui le constitue, donc à la mort de son soi. Dans les soins, on parle de détresse spirituelle. Elle remet en cause les valeurs et la transcendance vécues jusqu'au moment de la crise et interrompt toute recherche d'un sens pour sa vie. Elle s'inscrit le plus souvent dans le cadre de la douleur totale. Prévenir une crise spirituelle passe par la pratique d'une anamnèse spirituelle, l'identification des domaines où incarne la dignité du patient, et l'analyse des besoins de celui-ci en lien avec ces domaines (Hongler, Rivier & Suter, 2008).

Selon Devoghel (2009), la souffrance spirituelle correspond à l'absence de réponse à un besoin, à la non-satisfaction d'un désir profond qui se modifie avec les circonstances les plus diverses de notre vie professionnelle et la société dans laquelle nous évoluons.

Selon Liwliwa & Villagomez (2005), la détresse spirituelle est conceptualisée comme étant une déficience dans les sept constructions du sens de la spiritualité par l'individu: la connectivité, la foi religieuse et le système de croyances, le système des valeurs, le but et le sens de la vie, la transcendance de soi, la paix et l'harmonie intérieure et enfin, la force et l'énergie intérieure.

La détresse spirituelle est une combinaison de symptômes manifestée dans divers domaines de l'expérience du patient: psychologique, physique et social. Quelques comportements caractéristiques peuvent être remarqués: patient désespéré voulant fuir sa situation, patient ayant des attentes impossibles à l'égard des soignants, patient continuant d'essayer de nouvelles thérapies en l'absence de tout bénéfice, patient demandant d'augmenter les doses d'analgésiques ou de sédatifs sans résultats apparents. Ces caractéristiques de comportements évoquent une souffrance globale, des angoisses, pouvant aider à identifier une forme de détresse spirituelle (Chochinov, 2006, cité par la revue pallative.ch).

Pour la pratique infirmière, plus spécifiquement, il existe deux diagnostics infirmiers étroitement liés à la spiritualité: la détresse spirituelle et le risque de détresse spirituelle. Selon Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr (2007), la détresse spirituelle est définie comme «la perturbation de la capacité de ressentir et d'intégrer le sens et le but de la vie à travers les liens avec soi-même, les autres, l'art, la musique, la nature ou une force supérieure». Les facteurs favorisants sont les éléments tels que la solitude ou l'aliénation sociale, l'anxiété ou la douleur, le changement de vie, ou entre autres, la maladie chronique. Plusieurs données subjectives et objectives permettent à l'infirmière de diagnostiquer la détresse spirituelle ; l'expression du manque de but dans la vie, l'incapacité à s'exprimer de manière créative, le désintérêt pour la nature et de faibles stratégies d'adaptation, en sont des exemples (ibid.).

Après avoir posé ce diagnostic, l'infirmière peut se fixer certains objectifs ou viser certains résultats tels que: « le patient s'apprécie de plus en plus, le patient envisage l'avenir avec espoir, le patient se prend en main, le patient cherche activement à établir des relations en participant à des activités avec d'autres personnes, le patient discute de ses croyances ou de ses valeurs spirituelles, le patient ne se culpabilise pas par rapport à la maladie ou à la situation » (ibid.).

Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr (2007), proposent un certain nombre d'interventions en les listant par priorité: évaluer les facteurs favorisants, aider

le patient et la personne clé dans sa vie à faire face à leurs sentiments ou à la situation et donner un enseignement visant le mieux-être du patient.

Plusieurs auteurs se sont également intéressés aux interventions en matière de soins spirituels. Ces auteurs citent des actions appropriées qui prennent en compte les besoins spirituels des patients : l'absolution, la recherche de connexion, le confort et le réconfort, la recherche du sens et du but, le respect de la vie privée, l'aide pour compléter l'inachevé, l'écoute des préoccupations du patient, l'observation des croyances et pratiques religieuses et toutes autres formes de réflexions (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006 ; Noble & Jones, 2006 ; Narayanasamy, 2006).

Il est possible d'évaluer les besoins spirituels des personnes en souffrance ; différents outils peuvent aider le soignant à parvenir à cette évaluation. La revue palliative.ch dans le consensus pour la best practice en Suisse sur les recommandations en soins palliatifs notamment en soins spirituels (2010) propose différents outils tels que SPIR, HOPE et STIV. L'outil SPIR, par exemple, propose quatre questions pour explorer les dimensions religieuses et spirituelles du patient et l'intérêt de ce dernier à les aborder avec les soignants :

- **S** : Vous décrivez-vous au sens le plus large du terme comme une personne croyante/spirituelle/religieuse ?
- **P** : Quelle est la place de la spiritualité dans votre vie ? Quelle est son importance dans le contexte de votre maladie ?
- **I** : Etes-vous intégré dans une communauté spirituelle ?
- **R** : Quel rôle souhaiteriez-vous donner à votre docteur, infirmière, physiothérapeute dans le domaine de la spiritualité ?

Une autre échelle validée est le Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Scale (FACIT-SP). Elle permet de documenter certains aspects de la spiritualité en distinguant ceux liés au sens et à la paix intérieure de ceux mis en relation avec la foi et les croyances. Elle évalue le bien-être spirituel du patient par un score. Elle mesure un état plutôt qu'une démarche spirituelle proprement dite au sens des définitions données ci-dessus.

3.2 Argumentation des concepts

Différents courants de pensées ont intégré la spiritualité dans les théories de soins infirmiers. Selon l'école des besoins avec Henderson & Nite (1978), la personne est un tout complexe ayant 14 besoins fondamentaux. L'un des besoins se nomme «pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances». Ainsi, selon ces auteurs, toute personne tend vers l'indépendance pour satisfaire ses besoins fondamentaux ; le besoin étant une nécessité plutôt qu'un manque. L'infirmière va soutenir la personne dans cette démarche. De plus, ces besoins sont communs à tous indépendamment de leur état de santé.

Parse (1998), quant à elle, évoque que le but de la pratique infirmière selon sa conception de l'humain en devenir est la qualité de vie selon le point de vue de la personne, de la famille ou de la communauté. Le rôle de l'infirmière se situe dans une présence vraie avec les personnes en améliorant leur qualité de vie. Pour cette théoricienne, l'infirmière est un témoin attentif aux changements de sens et des valeurs prioritaires que vit la personne. De ce fait, l'infirmière écoute attentivement la description de la situation vécue et le sens qui en ressort ; l'infirmière respecte et synchronise les rythmes de la personne qui avance en tenant compte des possibilités de transformations au-delà de sa réalité en mobilisant des ressources. Il s'agit, dans le processus infirmier, de mettre en lumière le sens de l'explication et de mobiliser la transcendance dans le développement humain (Kérouac, Pepin, Ducharme & Major, 2003, p.112).

Selon l'école du «caring» de Watson (2001), l'infirmière qui base sa pratique professionnelle sur sa conception, va porter son attention sur le soin humain et transpersonnel dans le but d'assister la personne dans sa recherche d'une plus grande harmonie entre l'âme, le corps et l'esprit. Les théoriciennes de l'école du «caring» croient que les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins si elles reconnaissent le potentiel de soins de tout être humain et si elles intègrent des connaissances reliées à des dimensions telles que la spiritualité et la culture (Kérouac, Pepin, Ducharme & Major, 2003, p.113).

Au travers de ces différents courants de pensées, il en ressort une vision holistique du soin. C'est une vision de l'être humain qui englobe les dimensions

physiques, mentales, émotionnelles, familiales, sociales, culturelles et spirituelles. Ce travail s'intéresse à la prise en charge de la dimension spirituelle de la personne. De ce fait, le concept de la spiritualité a été choisi car il est central à la question de recherche. Cependant, c'est une notion complexe et il a été nécessaire de le définir. En étayant les recherches, des bases théoriques ont été acquises. Cela a permis d'affiner le questionnement.

La notion de détresse spirituelle est étroitement en lien avec les besoins que peuvent manifester les patients. Cet aspect a donc été approfondi.

Les définitions de ces concepts ont été nécessaires à la compréhension des éléments significatifs à cette thématique.

4 Méthodologie

Ce travail construit sa méthodologie sur le type d'une revue de littérature étoffée. Selon Fortin (2006), cette méthode de recherche permet de «combiner les résultats d'études déjà publiées sur le sujet et à en faire la synthèse pour arriver à une conclusion unique» (p.202). En plus d'identifier les éléments les plus pertinents, cette manière de procéder permettra d'ouvrir d'autres perspectives et mettra en évidence d'autres problématiques de soins. Cette méthode va également donner la possibilité d'approfondir les connaissances au sujet de la spiritualité et des compétences des soignants mobilisées dans ce domaine. Par ailleurs, le fait de synthétiser plusieurs résultats issus de diverses études donne plus de poids aux données finales que lorsque les résultats ne sont issus que d'une seule étude (Loiselle 2007).

Dans un premier temps, la recherche s'est faite sur la littérature qui traitait du sens de la spiritualité, des besoins spirituels et de la détresse spirituelle. Cette première étape a été essentielle dans la construction de la question de recherche et dans l'élaboration de l'état des connaissances. Ces recherches ont permis de faire émerger les notions et concepts centraux liés à la thématique. Cette démarche a été nécessaire pour identifier les mots clés pour les recherches d'articles scientifiques.

4.1 Banques de données et «Mesh-Terms»

Les banques de données qui ont été utilisées sont les suivantes: Pubmed, Medline et Cinhal.

Les «Mesh-Terms» de ces recherches sont:

Holistic care	soins holistiques
Nursing	soins infirmiers
Nurses	infirmières

Spirituality	spiritualité
Ability	compétence
Assessment	évaluation
Responsability	responsabilité
Perceptions	perceptions
Oncology	oncologie
Spiritual care	soins spirituels

En étayant les recherches et en identifiant les bons «Mesh-terms», les résultats des recherches se sont affinés. Les associations de «Mesh-Terms» faites sont décrites dans le tableau descriptif de la méthodologie². Ce tableau démontre les stratégies de recherches utilisées dans ce travail. Ainsi les termes «spirituality» et «nursing» sont les éléments les plus fréquemment associés aux diverses combinaisons.

Lors de cette démarche, un grand échantillon d'articles sur cette thématique a été récolté. Ces études s'intéressaient à plusieurs contextes de soins et touchaient diverses populations. Cela a permis d'acquérir une vue d'ensemble sur les articles qui traitaient de la dimension spirituelle dans les soins infirmiers.

4.2 Les critères d'inclusion

Afin d'identifier et de retenir les études les plus appropriées à la question de recherches, des critères d'inclusions et d'exclusions ont été établis.

En ce qui concerne les critères d'inclusions, une limite a été fixée, quant à l'année de publication, à des recherches publiées entre 2003 et 2011. De cette manière, les résultats sont récents et adaptés au système de soins actuels.

²Annexe 2: tableau descriptif de la méthodologie

La population retenue se constitue d'infirmières et d'étudiants qui interviennent dans les contextes de soins somatiques.

Une exception a été faite quant au contexte de soins. En effet, une étude s'intéressait à la prise en charge de la spiritualité dans divers contextes de soins: psychiatriques, pédiatriques et somatiques. Bien qu'elle ne traite pas uniquement des soins somatiques, elle offrait une vision globale et variée de la prestation de soins spirituels par les soignants. Elle a été retenue pour sa pertinence et de par son apport à la question de recherche.

Ainsi, les résultats seront en lien avec la problématique. Par ailleurs, les études retenues traitaient de la compétence des infirmières en matière de prise en charge spirituelle dans les soins, et plus précisément des facteurs qui l'influencent.

Afin d'avoir une littérature variée, abordant des aspects complémentaires, les devis de recherches retenus étaient différents : qualitatifs, quantitatifs et positionnels. De même, une revue de littérature a été sélectionnée.

Afin de garantir la qualité des recherches, une évaluation à l'aide de grilles de lecture selon le devis³ a été élaborée afin d'évaluer leurs pertinences sur un total de 22 points en rapport avec les items détaillés de la grille. Pour assurer une certaine qualité, l'article devait obtenir un minimum de 18 points.

Dans la démarche de sélection des articles, une attention particulière a été portée sur la dimension éthique. De ce fait, toutes les recherches ont tenu compte de normes éthiques en respectant la confidentialité et les droits humains des participants.

4.3 Les critères d'exclusion

Tout d'abord, les articles ne répondant pas aux critères d'inclusion ont été exclus. D'autre part, le contexte des soins palliatifs a été exclu car l'hypothèse a été faite que les soins spirituels sont mieux documentés et pris en charge dans

³Annexe 3: grille de lecture critique d'un article scientifique qualitatif et quantitatif

ce type de service. Ainsi les problématiques abordées correspondraient moins à la question de recherche.

4.4 Les études retenues

Dans ce chapitre, les banques de données sollicitées avec les mots clés utilisées et les recherches qui ont été retenues sont présentées.

Dans la banque de donnée Pubmed, neuf différents assemblages de mots clé ont été utilisés dans un premier temps.

Assemblage de mots clés	Etudes retenues
“nursing” [Mesh] AND “holistic nursing” [Mesh] AND “spirituality” [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Narayanasamy A. (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. <i>Journal of clinical Nursing</i>, 15, 840-851. - Baldacchino D.R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 15, 885-896. - Ekedahl M. & Wengström Y. (2010). Caritas, spirituality and religiosity in nurses' coping. <i>European Journal of Cancer Care</i>, 19, 530-537.
“Nurses” [Mesh] AND “spiritual care” [Mesh] AND “nursing” [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - McSherry W. (2006). The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 15, 905-917.
“spirituality” [Mesh] AND “nursing” [Mesh] AND “empirical research report” [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Yuet Foon Chung, L., Yuet Wong, F. K. & Fai Chan, M. (2007). Relationship of nurse spirituality to their understanding and practice of spiritual care. <i>Jan journal of advanced nursing</i>, 58, 158-70.
“Oncology” [Mesh] AND “spiritual care” [Mesh]	<ul style="list-style-type: none"> - Lundmark M. (2005). Attitudes to spiritual car among nursing staff in a Swedish oncology clinic. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 15, 363-874. - Noble, A. & Jones, C. (2010). Getting it right: oncology nurses' understanding of spirituality. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>. 16, 11,

	565-569.
"spiritual care" [Mesh] AND "perceptions" [Mesh]	- Chan, M. F. & al. (2006). Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: Results of a cluster analysis. <i>Nurse Education Today</i> , 26, 139-150
"Spirituality" [Mesh] AND "Holistic nursing" [Mesh]	- Cusveller, b., Leeuwen, R. (2004). Nursing competencies for spiritual care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 48(3), 234-246. - Fawcett, T.N. & Noble, A. (2004). The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 13, 136-142.
"Spirituality" [Mesh] AND "Nursing" [Mesh]	- Hennery, N. (2003). Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 42(6), 550-557.
"Spirituality" [Mesh] AND "Comprehension" [Mesh]	- Mc Sherry, W., Cash, K., Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 13, 934-941.

Puis, dans cette même banque de donnée, une recherche croisée par auteurs a été établie.

Auteurs	Etudes retenues
René Van Leeuwen	- Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Poste D., Jochemsen, H. (2008). The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17, 2768-2781 - Van Leeuwen, R., Riesinga, L. J., Middel, B., Post, D., Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18, 2857-2869

Dans la banque de donnée Cinhal, deux assemblages de mots clés ont été fait, permettant de trouver deux recherches.

Assemblage de mots clés	Etudes retenues
Responsability, Spiritual care & nursing	- Van Leeuwen R., Tiesinga L. J., Post D. & Jochemsen H. (2006). Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 15, 875-884.
Spiritualité, Théorie, Soins infirmiers & Soins spirituels	- Burkhart L. & Hogan N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. <i>Qualitative Health Research</i> , 18, 928-938.

4.5 La démarche de synthèse narrative

Pour l'analyse des données, une nouvelle grille⁴ a été élaborée permettant de mettre en évidence le contenu de la recherche, facilitant le regroupement des données par items. Ceux-ci traitent de: la problématique et la visée de l'étude, les idées/théories/concepts centraux, la population/échantillon, la méthode de récolte de donnée et l'analyse, les résultats, la discussion, l'implication pour la pratique et le questionnement personnel en lien avec la question de recherche. Selon Loiselle (2007), la synthétisation des données est l'un des principes de base d'une revue de littérature.

De cette synthèse, plusieurs thèmes centraux ont émergé en association avec les concepts et le cadre théorique, afin d'apporter des réponses à la question de recherche identifiée dans le début du travail. Ceux-ci seront développés dans les résultats.

⁴Annexe 4: grilles d'analyses de toutes les études retenues

5 Résultats

Après consultation des différentes banques de données, un total de 16 recherches a été retenu, une recherche a été écartée en raison de son contexte spécifique des soins palliatifs. Les recherches retenues ont répondu favorablement aux critères d'inclusions susmentionnées. Cet échantillon se compose de divers devis ; neuf études qualitatives, cinq études quantitatives, une revue de littérature et un papier de position.

La population interrogée dans ces recherches était principalement constituée de femmes. Il s'agissait de plus de 400 infirmières et de 355 étudiants en soins infirmiers. Les recherches qui incluaient les étudiants ont amené des éléments nouveaux en rapport avec l'aspect des compétences, le développement et l'évaluation de celles-ci.

Au niveau géographique, les pays représentés dans l'échantillon retenus provenaient des Etats-Unis, de la Suède, des Pays-Bas, du Japon, de l'Angleterre, de Malte, de la Hollande et de l'Australie. La diversité de la provenance des recherches apporte plusieurs points de vue dans ce travail. Cependant toutes les cultures ne sont pas représentées notamment les pays de l'Orient et de l'Amérique latine. D'autre part, cette diversité est aussi une faiblesse car elle n'est pas forcément représentative d'une population.

Concernant le contexte, il s'agissait principalement de milieux somatiques incluant les contextes de la pédiatrie, de l'oncologie, de la chirurgie et de la médecine.

Les études retenues pour l'élaboration des résultats ont présenté une rigueur méthodologique en tenant compte des biais et des normes éthiques.

Les résultats de ces recherches ont apporté des éléments à la question de recherche et répondu aux objectifs de cette revue. La variété de la littérature a permis de relever différents facteurs influençant la capacité des infirmières à développer et/ou mobiliser des compétences pour promulguer des soins spirituels aux patients dans le besoin. Ce qui pouvait être aidant et ce qui pouvait se présenter comme un obstacle à l'infirmière a été identifié. Dans un

premier temps, ces éléments ont été classés dans les différentes catégories d'obstacles et d'aidants: les facteurs personnels, les facteurs professionnels, les facteurs institutionnels, les facteurs socioculturels et les facteurs éducationnels⁵. Puis, des sous-groupes ont été élaborés en fonction de leur thématique.

5.1 Facteurs personnels

5.1.1 La personnalité

Concernant les traits de caractère, la timidité peut être un obstacle dans la rencontre spirituelle avec le patient, elle empêche d'engager des conversations trop personnelles (McSherry, 2008). Partant du principe qu'une bonne communication est la base de la prise en charge des besoins spirituels des patients, cette retenue peut donc altérer la rencontre et la prestation des soins de l'infirmière auprès du patient (Noble & Jones, 2010).

Un autre aspect de la personnalité comme le niveau de sensibilité personnel influence également la prestation de soins spirituels (Baldacchino, 2006 ; Ekedahl & Wengström, 2009).

5.1.2 Compréhension et perception de la spiritualité

Beaucoup de professionnels de la santé sont non-familiers et inconfortables avec le concept de la spiritualité (McSherry, 2008). En ce qui concerne la compréhension, les soignants ont tendance à associer le terme spiritualité au terme religion (Baldacchino, 2006 ; Yuet Foon Chung, Kam Yuet Wong & Fai Chan, 2007). Une compréhension religieuse de la spiritualité est problématique lors de la rencontre et de la prise en soins de patients athées et non religieux, en particulier lorsqu'il s'agira de fournir une évaluation adéquate des besoins spirituels (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006). Dans cette même optique, il peut arriver que les infirmières négligent les soins spirituels en les déléguant immédiatement à l'aumônier en considérant que la réponse appropriée se rapporte uniquement à des rituels religieux (Yuet Foon Chung, Kam Yuet Wong & Fai Chan, 2007).

⁵ Annexe 5 : tableau synthétique des résultats

Concernant leurs perceptions, selon Chan & al. (2005), il existe une corrélation positive entre la perception et la pratique spirituelle chez les infirmières. Cela signifie que si l'infirmière a une perception positive des soins spirituels, ces soins seront plus fréquemment inclus dans leur pratique. Et inversement, lorsque les infirmières ne perçoivent pas qu'il est essentiel de fournir des soins spirituels aux patients; une mauvaise pratique va se développer. D'autres auteurs évoquent que l'aspect spirituel dans les soins infirmiers est très dépendant de l'engagement personnel et de l'importance accordée à cette dimension (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006).

5.1.3 Conscience personnelle de sa spiritualité

Plusieurs études expliquent que la spiritualité est innée et ainsi, tous les individus possèderaient le potentiel pour aborder une expérience spirituelle sous diverses formes (McSherry, 2008 ; Narayanasamy, 2006). Par conséquent, tous les individus possèderaient, dès leur naissance, une conscience spirituelle plus ou moins consciente. Cette conscience varie durant la vie de l'individu (McSherry, 2008). Selon certains auteurs, cacher la spiritualité serait ne pas en avoir conscience (McSherry, 2008). Par conséquent, l'infirmière doit avoir une conscience spirituelle et celle-ci peut améliorer sa capacité à effectuer des soins spirituels (Lundmark, 2005). La question de sa propre spiritualité doit être abordée par une autoréflexion sur ses valeurs et ses croyances. C'est par la réflexion sur son expérience de vie et par une relation satisfaisante avec soi que l'on peut mieux comprendre les autres (Baldacchino, 2006 ; Yuet Foon Chung, Kam Yuet Wong & Fai Chan, 2007). Il est clair que si les infirmières ne tiennent pas compte de leur santé spirituelle ou des questions spirituelles dans leur vie, il sera difficile de répondre aux besoins spirituels des patients (Yuet Foon Chung, Kam Yuet Wong & Fai Chan, 2007). Cependant, beaucoup de gens ne sont pas conscient de la présence de la dimension spirituelle dans leur propre vie et n'en voit pas la nécessité (Noble & Jones, 2010).

De plus, le fossé des générations peut être un obstacle à la rencontre spirituelle (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006). L'étude de Noble & Jones (2010), mentionne que les jeunes infirmières sont moins conscientes de leur

propre spiritualité et ont plus de mal à aborder ces thématiques avec les patients.

5.1.4 Croyances, religion et valeurs personnelles

La religion, les croyances et les valeurs personnelles de l'infirmière peuvent influencer les soins spirituels promulgués (Ekedahl & Wengström, 2009 ; Noble & Jones, 2010). La volonté de donner de soi-même et la place de la spiritualité dans sa vie sont également des facteurs influençant (Baldacchino, 2006 ; Ekedahl & Wengström, 2009). De plus, Fawcett & Noble (2004) ont pris la perspective d'une infirmière ayant un engagement personnel à la foi chrétienne dans les soins spirituels. Ils ont découvert que cette infirmière a rencontré des difficultés lors de sa prestation de soins spirituels. Cela démontre que la religion peut aussi influencer négativement la prise en charge des besoins spirituels. Les études de Yuet Foon Chung, Kam Yuet Wong & Fai Chan (2007) et de Noble & Jones (2010) démontrent que les infirmières n'ayant aucune croyance religieuse requièrent autant de capacité à intégrer la spiritualité dans les soins que celles qui ont une religion.

5.1.5 Mobilisation d'un cadre de référence personnel

D'après Cusveller & Leeuwen (2004), Les infirmières prendront toujours leurs propres "cadre de référence" dans leur pratique, y compris pour les soins spirituels. Cela signifie, selon les auteurs, qu'il y a la place pour les convictions personnelles de l'infirmières dans leurs prestations de soins spirituels. Il peut alors émerger des tensions entre les convictions personnelles de l'infirmière et les interventions demandées pour la prise en soins des besoins spirituels du patient.

5.1.6 Implication émotionnelle

L'évitement de la part des soignants face aux besoins spirituels des patients peut être expliqué par l'implication émotionnelle qui est parfois trop grande. En effet, lorsque les soignants sont trop personnellement touchés ou encore lorsqu'ils se sentent impuissants, la situation n'est souvent pas discutée avec le patient. Cependant, l'implication émotionnelle peut quand même conduire à une

réflexion personnelle sur la spiritualité (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006).

Selon Mc Sherry, Cash & Ross (2004), des professionnels de la santé ont révélé avoir des préoccupations vis-à-vis des soins spirituels telles que: la peur et l'appréhension de ne pas disposer des compétences nécessaires pour aider la personne présentant des besoins spirituel et pour aborder une thématique si sensible. Ils expriment dans cette même idée une crainte de ne pas être assez "profond" et de ne pas savoir comment garder un statut de professionnel.

5.2 Facteurs professionnels

5.2.1 La définition de la spiritualité dans les soins infirmiers

Une revue s'est intéressée à la construction de la spiritualité dans les théories infirmières en tenant compte à la fois des apports scientifiques et religieux. Cet article met en évidence que l'utilisation de cadres théoriques tenant compte de ses deux discours permet de répondre de manière optimale aux besoins spirituels des patients. Il est expliqué que les discours scientifiques et religieux permettent de produire une réalité contrastée, avec des effets contrastés pour les patients. Le discours scientifique permet des procédures utiles visant à préserver et améliorer la vie. Ces procédures permettent la coordination de l'effort humain, y compris les efforts des patients. Le discours religieux fournit des ressources conceptuelles et morales pour aider les individus confrontés à la mort, à la maladie et aux limites de la compréhension humaine. Chaque discours peut fournir des réalités importantes et utiles dans les différents aspects du déroulement de la maladie et de ses conséquences (Henry, 2003).

Cependant, selon plusieurs auteurs, il existe un biais judéo-chrétien dans l'écriture contemporaine des soins infirmiers. Il y a une absence d'autres communautés religieuses à la contribution et à l'offre de la compréhension de la spiritualité (McSherry, Cash & Ross, 2004). De même, Narayanasamy (2006) met en évidence que la compréhension de la spiritualité a été établie uniquement à partir de la tradition théologique chrétienne dans plusieurs pays.

Selon McSherry (2008), Une seule définition définitive serait irréaliste et idéaliste en vue de la diversité des perceptions. En effet, La spiritualité est pratiquée ou réfléchie de façon différente pour chaque être humain. Cependant, la construction d'un langage commun autour de la spiritualité est un besoin évoqué par le personnel soignant.

5.2.2 Les compétences des infirmières en matière de soins spirituels

Selon Baldacchino (2006), les infirmières se sentent incompetentes et de ce fait frustrées. Par conséquent, les soins spirituels pourraient être améliorés par une réflexion autour des compétences nécessaires aux infirmières pour prodiguer ces soins. Selon Cusveller & Leeuwen (2004), l'infirmière doit avoir des compétences diverses pour prodiguer des soins spirituels en conjuguant des éléments personnels comme ses propres croyances et sa spiritualité, des aspects professionnels liés au processus de soins et des aspects liés aux contextes et à l'organisation des soins. Dans le domaine des compétences concernant la gestion des différentes phases du processus de soins, Il détermine trois compétences : L'infirmière recueille des informations sur la spiritualité du patient et identifie les besoins du patient, l'infirmière discute avec les patients et les membres de l'équipe la planification, l'infirmière fournit des soins spirituels et les évaluent avec les membres de l'équipe et les patients. Dans le domaine de la gestion des conditions contextuelles aux prestations de soins spirituels au sein d'une organisation, il relève une compétence : l'infirmière contribue à l'assurance qualité et à l'amélioration de l'expertise en soins spirituels dans l'organisation.

5.2.3 La formation professionnelle

La formation est importante dans le domaine spirituel (Lundmark, 2005). La plupart des études ont démontré que les infirmières manquaient de compréhension des soins spirituels (Bukhart & Hogan, 2008 ; Ekedahl & Wengström, 2009 ; Noble & Jones, 2010). Les besoins spirituels des patients sont mal pris en compte en raison de la méconnaissance et du manque de compétences en la matière.

De plus, un désir de formation continue en soins spirituels a été plusieurs fois mentionné par les soignants afin d'améliorer les soins (Narayanasamy, 2006 ; Baldacchino, 2006).

Par ailleurs, peu de modèles spirituels existent et peu sont intégrés dans la formation infirmière (Narayanasamy, 2006). En effet, le manque de préparation dans la formation oblige souvent les soignants à s'en remettre à l'aumônier (Baldacchino, 2006).

Ainsi, des informations sur les mouvements spirituels, les mouvements religieux et les traditions doivent être prises en compte par la formation. La qualité des soins et l'expertise professionnelle dans ce domaine seraient améliorées (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006).

Plusieurs études ont démontrées que les infirmières ayant suivi des programmes de formations supplémentaires ont une plus grande conscience spirituelle et approfondissent plus leur relation avec le patient (ibid.). En d'autres termes, inclure les soins spirituels dans le cursus de formation des infirmières va augmenter les connaissances, la compréhension et la prestation de soins spirituels par les infirmières (Narayanasamy & Owens, 2001 ; Shih & al., 2001). Ainsi, la formation joue un rôle important dans l'élaboration de stratégies qui permettent aux étudiants et aux soignants d'élaborer leur propre spiritualité et de fournir des soins spirituels (Yuet Foon Chung, Kam Yuet Wong & Fai Chan, 2007).

Une étude a démontré l'efficacité de la formation sur le développement des compétences dans les soins spirituels. Les cours ont eu un effet particulier sur l'organisation, leurs prestations de soins spirituels, leur professionnalisation et sur la qualité des soins. Les effets de la formation en soins spirituels se sont manifestés sur le long terme (Leeuwen, Riesinga, Middel, Post & Jochemsen, 2008).

Par ailleurs, ceux qui déclarent avoir reçu plus de formation en matière de spiritualité au cours de leurs études considèrent que leur capacité à promulguer des soins spirituels est plus élevée que ceux qui n'ont reçu aucune formation (Lundmark, 2005).

5.2.4 La documentation des soins

Une étude a révélé que les aides infirmières donnent moins de soins spirituels que les infirmières. L'explication de cette différence pourrait être expliquée par le fait que les infirmières sont quand-même mieux formées et par conséquent ont une plus grande base théorique pour effectuer des soins spirituels. En outre, le fait que les infirmières soient responsables de documenter les soins peut les avoir rendu plus qualifiées que les auxiliaires dans l'analyse et la formulation de ce qu'elles effectuent comme soins. Ainsi, le degré de formation est un élément significatif dans la prise en charge de la spiritualité (Lundmark, 2005).

5.2.5 La complexité de l'évaluation de la spiritualité

Selon Mc Sherry, Cash & Ross (2002), Le concept d'évaluation spirituelle est encore relativement nouveau au sein d'un pays comme le Royaume-Uni: la nature exacte, la fonction et la pertinence sont encore débattues et contestées à la fois au niveau académique et pratique.

L'évaluation des besoins spirituels est complexe. Ces soins doivent être basés sur une relation de confiance entre l'infirmière et le patient car si la confiance n'est pas encore instaurée, cela pourrait déclencher une réaction défensive du patient. La communication avec l'empathie favorise le climat et la relation thérapeutique (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006).

5.2.6 L'expérience professionnelle

L'expérience professionnelle est un facteur significatif dans le domaine de la spiritualité (Yuet Foon Chung, Kam Yuet Wong & Fai Chan, 2007).

5.3 Facteurs institutionnels

5.3.1 Philosophie et déontologie face à la prise en charge des besoins spirituels

Il est important que chaque soignant soit informé de l'importance des soins spirituels pour les patients et de leur responsabilité dans cette prise en charge

(McSherry, 2008). De même que l'infirmière se doit de participer à la politique et à la prise de décision dans les discussions des soins spirituels dans la pratique (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006).

De plus, une signification commune de la spiritualité précisée par l'institution permettrait d'offrir une prise en charge équitable et identique quelle que soit la nature de la spiritualité du patient (McSherry, 2008).

5.3.2 Travail interdisciplinaire

La diversité des membres de l'équipe est considérée comme une ressource dans la prise en charge spirituelle des patients (Ekedahl & Wengström, 2009). Les professionnelles peuvent ainsi partager leurs expériences et leurs compétences avec les autres professionnels. En effet, la collaboration interdisciplinaire implique d'apprendre les uns des autres et d'œuvrer dans un but commun. Cela implique de se soutenir mutuellement professionnellement dans la recherche et la pratique des soins spirituels (McSherry, 2008 ; Yuet Foon Chung, Kam Yuet Wong & Fai Chan, 2007). Pour ce faire, une bonne coordination entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et un bon esprit d'équipe sont nécessaires. Une bonne ambiance au sein de l'équipe améliore donc la qualité des prises en soins (Noble & Jones, 2010). Les réunions d'équipe, par exemple, peuvent permettre de créer une compréhension mutuelle entre les soignants (Baldacchino, 2006 ; McSherry, 2008 ; Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006).

Cependant un frein à cette collaboration peut être la question de la confidentialité dans ce domaine. Les infirmières doivent respecter le consentement éclairé avant de soumettre une situation à d'autres membres de l'équipe. Par conséquent, il est de la responsabilité de l'infirmière d'être le défenseur des patients et la personne de liaison entre les autres professionnels (Baldacchino, 2006 ; Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006).

La collaboration et l'intégration de l'aumônier dans la prise en charge des besoins spirituels sont vues comme des ressources importantes. Une liste de pasteurs à disposition de différentes confessions dans les institutions peut faciliter par exemple cette collaboration (Bukhart & Hogan, 2008).

5.3.3 Environnement

Un environnement calme et paisible favorise la prise en charge des besoins spirituels. Souvent, les rencontres spirituels avec le patient ont lieu pendant la soirée ou la nuit. Il est évoqué que le manque d'intimité peut être un obstacle et un facteur décisif dans la prise en charge de la spiritualité (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006).

5.3.4 Mise à disposition de mesures pour faciliter l'application des soins spirituels

Employer des mesures pour faciliter l'application du processus infirmier aux soins spirituels augmente l'efficacité de ceux-ci. Par exemple, des feuilles d'admission pourraient être modifiées pour inclure l'évaluation spirituelle et les plans de soins adaptés pour inclure un espace pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins spirituels (Chan & al, 2005).

Selon Cusveller & Leeuwen (2004), il est nécessaire d'avoir un contexte organisationnel propice pour fournir des soins spirituels adéquats et pour mobiliser les compétences nécessaires.

De plus, pour que la spiritualité puisse être bien prise en charge, l'institution doit avoir des ressources suffisantes comme assez de personnel. Parfois, les patients voyant les infirmières très occupées, comprennent qu'ils ont peu de temps et d'attention pour une conversation spirituelle (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006). Le manque de temps et le fait que ce genre de prise en charge n'est souvent pas prioritaire est une barrière (Noble & Jones, 2010).

5.4 Facteurs socio-culturels

Les soins spirituels peuvent être influencés par la culture qui est une force puissante pour façonner les croyances, les comportements et ainsi diriger le sens de la vie (Baldacchino, 2006).

La forme que prend la spiritualité doit être socialement acceptable, contrairement aux pratiques déviantes comme le satanisme ou le surnaturel,

toutes les cultures n'ont pas le même point de vue. La spiritualité intègre donc la notion de bonté et de morale (Baldacchino, 2006).

6 Discussion

6.1 Synthèse des principaux résultats

6.1.1 Résultats probants

La littérature retenue dans les résultats de cette revue a répondu aux critères de pertinence de la grille critique d'une recherche qualitative et quantitative. De plus, les résultats ont été relevés et appuyés par plusieurs auteurs dans les différentes recherches comme par exemple la formation, les différentes définitions de la spiritualité, la conscience de sa spiritualité, ses valeurs et ses croyances, les facteurs institutionnels et le travail interdisciplinaire.

6.1.2 Limites

Une des limites est que tous les pays et toutes les cultures ne sont pas représentés, notamment concernant la Suisse. De plus, les systèmes de santé sont variés et de ce fait, il est difficile de généraliser les facteurs liés à l'institution et au contexte de soins. En effet, il existe de grandes différences d'une institution à l'autre au sein d'une même culture. Les philosophies et les missions de soins ne sont donc pas les mêmes. Les soignants sont confrontés à d'autres obstacles et ressources qui ne seront pas représentés de manière exhaustive dans les résultats.

6.2 Interprétation des résultats en lien avec le cadre de référence

Selon Le Boterf (2008), il y a trois types de ressources : les compétences individuelles, les compétences collectives et la réflexivité qui inclut la capacité de se positionner. Les facteurs influençant relevés dans les résultats ont été discutés selon les compétences qu'ils influencent en rapport avec le cadre de référence.

6.2.1 Les facteurs qui influencent les compétences individuelles

Chaque personne possède ses propres croyances, sa propre religion et ses propres valeurs. Il est important de respecter ses valeurs pour la congruence (McSherry, 2006), par conséquent cela peut poser problème lorsque le soignant

est confronté à des valeurs et des croyances différentes du patient. Cela soulève des questions sur la relation entre la responsabilité professionnelle de l'infirmière et ses convictions personnelles (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006). En outre, la recherche de sens et de but, les croyances et la pratique religieuses peuvent aider l'infirmière à identifier les besoins spirituels (Narayanasamy, 2006). De même que l'importance que l'infirmière accorde à la spiritualité influence la prise en charge de celle-ci : il est évident que si les infirmières ne tiennent pas compte de leur propre santé spirituelle ou des questions spirituelles dans leur vie, il leur sera difficile de répondre aux besoins spirituels des patients (Yuet, Kam & Fai, 2007). Cependant peu de professionnels ont conscience de l'importance de cette dimension et n'en voit pas la nécessité (Noble & Jones, 2010).

En ce qui concerne l'implication émotionnelle comme facteur influençant, une question peut se poser : dans cette profession n'y a-t-il pas beaucoup d'aspects émotionnels ? Ainsi, l'infirmière devrait avoir développée des compétences et des ressources quant à la gestion de ses émotions tout au long de sa pratique. Cet aspect n'est donc pas nouveau au sein de la profession et des connaissances et des théories ont été développées et abordées au sein de la formation.

La conscience spirituelle évolue avec l'âge et l'expérience de vie. Les infirmières plus âgées accordent plus d'attention aux aspects spirituelle (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006). De plus, par l'expérience professionnelle, l'infirmière va développer une expertise professionnelle. Une jeune infirmière rencontre donc plus d'obstacles dans la rencontre spirituelle.

Par ailleurs, l'infirmière doit avoir des compétences personnelles de base pour pouvoir entrer en relation spirituelle avec la personne : être sensible, humaine, chaleureuse, attentionnée et impliquée sont des traits de caractères importants.

De plus, il est évoqué que l'évaluation de l'état spirituel des patients est recommandée d'un point de vue éthique (Baldacchino, 2006), et que pour ce faire il est important d'établir une relation de confiance au préalable (Smyth & Allen, 2007). Ainsi, les compétences liées à la communication ont fortement été

prises en évidence. Le référentiel de compétences des infirmières HES évoque que les infirmières ont un rôle de communicateurs et qu'elles se doivent d'établir des relations professionnelles de confiance avec les patients et leurs proches en adaptant la communication à la situation tout en favorisant une prise de décision partagée⁶. De plus, la spiritualité ayant une incidence sur la santé et les symptômes physiques de la maladie, les personnes souffrantes de maladie ont identifié la spiritualité comme une importante stratégie de coping (Bukhart & Hogan, 2008). Le référentiel de compétences spécifique aux infirmières HES mentionne que : «les infirmières doivent encourager les patients et leurs proches à utiliser, de manière différenciée et individuelle, les moyens disponibles pour surmonter la maladie ou la prévenir, dans le souci d'assurer la meilleure qualité de vie possible». D'après le référentiel, il est peut donc être déduit qu'il fait partie du rôle de l'infirmière de tenir compte de cet aspect dans les soins. Dans le même sens, Benner (1998) précise que l'infirmière tient la fonction d'aide et ainsi, doit être un médiateur psychologique et culturel afin d'établir et de maintenir un environnement thérapeutique lequel comprend les soins spirituels.

6.2.2 Les facteurs qui influencent les compétences collectives

Au sein des facteurs institutionnels, il a été relevé les bases légales et les philosophies de soins qui intègrent la prise en charge des besoins spirituels comme dimension du soin. Le Conseil international des infirmières (CII, 2000) stipule que: «Dans la prestation de soins, l'infirmière favorise un environnement dans lequel les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, la famille et la collectivité sont respectés». Selon le référentiel de compétences des professions de la santé⁷, les soignants se doivent de connaître les bases légales qui régissent le système suisse de soins. En lien avec la variabilité de la conscience et des perceptions des infirmières quant à la dimension spirituelle des soins, il serait intéressant d'explorer comment les institutions assurent et favorisent l'application d'une pratique

⁶ Annexe 1 : référentiel de compétences spécifiques aux infirmières HES

⁷ Annexe référentiel compétences professions de la santé

déontologique. Par ailleurs, il convient de se questionner : à qui revient cette responsabilité ? Repose-t-elle uniquement sur le corps professionnel ? Les institutions ont-elles leur part de responsabilité dans la mise en pratique des soins spirituels ?

Il est évoqué qu'aucune discipline ne devrait avoir le monopole au regard des soins spirituels. (McSherry, 2006). Par conséquent, il est ressorti que la diversité des membres de l'équipe est considérée comme une ressource dans la prise en charge spirituelle des patients (Ekedahl & Wengström, 2009).

Le Boterf (2008) explique que la performance de l'équipe dépend en grande partie des ressources que représentent ses collaborateurs. Il mentionne, cependant, que des conditions doivent être réunies pour qu'elles puissent être mobilisées.

Dans la recherche de Noble & Jones (2010), il a été émis qu'une bonne coordination entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et un bon esprit d'équipe sont nécessaires. De plus, il est important que les professionnels œuvrent dans un but commun. Différents auteurs évoquent que des réunions d'équipe peuvent permettre de créer une compréhension mutuelle entre les soignants (Baldacchino, 2006 ; McSherry, 2006, 2008 ; Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006).

Le Boterf (2008) affirme que les ressources des professionnels doivent être organisées et qu'il ne s'agit pas simplement de les additionner ou de les empiler. De plus, il avance que la mise en œuvre de compétences dépend toujours d'un contexte qui soit favorable.

Il est ressorti également dans les recherches que la collaboration et l'intégration de l'aumônier dans la prise en charge des besoins spirituels est une ressource importante et qu'une liste de pasteurs à disposition de différentes confessions dans les institutions peut faciliter cette collaboration (Bukhart & Hogan, 2008). Ces résultats évoquent que la profession de l'aumônier au sein de l'équipe est une ressource majeure. Seulement, toujours selon Le Boterf (2008), la présence de celui-ci n'est pas suffisante à la mise en œuvre de compétences. Les éléments qu'il faudrait questionner et rechercher seraient alors : comment

organiser la collaboration infirmiers et aumôniers? Quel contexte est favorable à la coordination des professionnels?

Dans la littérature, il a été mis en évidence qu'un environnement calme et paisible favorise la prise en charge des besoins spirituels et que le manque d'intimité peut être un obstacle et un facteur décisif dans la prise en charge de la spiritualité (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006). Selon Bukhart & Hogan (2008), l'infirmière peut jouer un rôle, concernant le contexte, en créant une atmosphère propice aux soins afin d'inviter le patient à la rencontre spirituelle. Cependant, quelles sont les ressources mises à disposition pour créer un environnement favorisant l'échange spirituel ? Y-a-t-il, par exemple, des locaux permettant des échanges intimes et confidentiels ?

Dans les résultats, il a été relevé la nécessité d'avoir un contexte organisationnel pour la prestation de soins infirmiers spirituels et la mobilisation des compétences. Des mesures pour faciliter l'application des processus infirmiers aux soins spirituels peuvent être mises en place pour augmenter l'efficacité. Par exemple, les plans de soins adaptés pourraient être adaptés afin d'inclure un espace pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins (Chan & al., 2005). De plus, il a été évoqué que l'institution doit avoir des ressources suffisantes pour que la spiritualité puisse être bien prise en charge comme une dotation de personnel suffisante. (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006). Il est dit qu'une barrière à la prise en soins des besoins spirituels peut être le temps à disposition des soignants pour y répondre (Chan & al., 2006).

L'introduction de guidelines peut faciliter la prise en charge de la spiritualité. Cependant, ces mesures sont délicates car ce domaine implique l'individualité et la singularité de la personne ; en effet, le danger serait de créer un discours trop professionnel et de faire des généralisations (McSherry, 2008).

Il a été mentionné qu'un modèle de soins spirituels serait nécessaire pour les soins car il permettrait de réfléchir sur les éléments qui interagissent (McSherry, 2006). Plusieurs auteurs ont proposé des modèles suite à leurs recherches :

Bukhart & Hogan (2008), Narayanasamy (2006) et McSherry (2006)⁸. Les modèles sont intéressants car ils permettent aux praticiens de comprendre les éléments qui interviennent dans la rencontre spirituelle. De plus, ils peuvent donner des pistes afin de diminuer les barrières dans la relation avec le patient (Bukhart & Hogan, 2008). Il serait important que ces modèles soient comparés afin de pouvoir orienter les soignants vers le modèle le plus pertinent. McSherry (2006) explique que chaque soignant devrait être impliqué dans la construction du savoir conceptuel et théorique. Cependant, il peut être intéressant de se questionner sur les ressources et les besoins du personnel pour s'impliquer dans ce domaine.

Toujours selon Bukhart & Hogan (2008), il a été également mis en évidence qu'il y a un manque au niveau de la formation et des connaissances littéraires. Le besoin de formation a été soulevé à de multiples reprises dans les recherches effectuées. De nombreuses études montrent que les infirmières ayant suivi des programmes de formation ont une plus grande conscience spirituelle et approfondissent mieux leur relation avec les patients (Van Leeuwen, Tiesinga, Post & Jochemsen, 2006). De ce fait, il a été prouvé qu'inclure les soins spirituels dans le cursus de formation des infirmières va augmenter les connaissances, la compréhension et la provision de soins spirituels par les infirmières (Narayanasamy & Owens, 2001; Shih & al., 2001). McSherry, Cash & Ross (2004) évoquent que la formation devrait proposer une approche globale en tenant compte de l'individualité et du non-jugement. Qu'en est-il du contenu de l'enseignement dans la formation actuelle au sujet de la prise en charge spirituelle en vue de l'évolution des connaissances par la recherche scientifique? Selon le CII (2000), il est également de la responsabilité de l'infirmière de se remettre à niveau par des formations supplémentaires.

Dans le domaine de la connaissance et utilisation du soi, deux compétences sont relevés par Leeuwen (2004): premièrement, les infirmières et infirmiers gèrent leurs propres valeurs, leurs convictions et leurs sentiments dans leurs relations professionnelles avec les patients ayant des croyances et des

⁸ Annexe 3 : étude 1, 2, 9

religions différentes. Deuxièmement, L'infirmière aborde le sujet de la spiritualité avec les patients de différentes cultures d'une manière bienveillante.

Leeuwen (2004) précise cependant que les besoins spirituels des patients varient selon leurs problèmes de santé et que les compétences et les responsabilités des infirmières vont différer selon le contexte de soins. Cette poursuite vers l'équilibre peut être exprimée de différentes manières, à travers des activités telles que : la réflexion, la méditation, la prière, l'art, la musique et l'appréciation de la nature (Yuet, Kam & Fai, 2007). Le Boterf (2008) évoque que la compétence ne concerne pas uniquement des interventions et la pratique mais touche également à la réflexion. De plus, il met en évidence que le référentiel de compétences n'est pas une description du travail réel. Les référentiels sont des points de repères et des orientations, ils doivent être considérés comme des objectifs. De plus, pour lui, il est important de souligner qu'il existe presque autant de pratiques que de professionnels.

En dehors de la formation, il est ressorti que l'expérience professionnelle a une grande incidence sur les compétences pour prendre en charge la spiritualité des patients. Dreyfus & Dreyfus (s.d.) cités par Benner (1995) ont expliqué que les compétences peuvent être acquises en cinq stades successifs : novice, débutant, compétent, performant et expert. L'évolution du soignant à travers ces différents stades se fait par le contact au milieu professionnel. En vue de cette explication sur le développement d'une expertise professionnelle par l'expérience professionnelle, il peut être intéressant de se questionner, alors, sur les possibilités de transmission des compétences en matière de soins spirituels des expertes vers les novices. En effet, Benner (1995) évoque que les maximes, qui sont des instructions codées n'ayant de sens que pour les professionnelles présentant une bonne compréhension de la situation, ne sont pas transmissibles au débutant.

6.2.3 Les facteurs qui influencent la réflexivité

Dans les résultats, il a été mentionné au sein de diverses recherches par différents auteurs que la définition de la spiritualité dans les soins infirmiers influençait la prise en charge de celle-ci. Comme il a été mentionné auparavant

dans le travail, ce concept est complexe et difficile à définir de par l'ambiguïté et la subjectivité qui l'entoure (McSherry, 2004). Toujours selon McSherry (2008), Une seule définition définitive serait même irréaliste et idéaliste en vue de la diversité des perceptions. Cependant, la construction d'un langage commun autour de la spiritualité a été identifiée comme un besoin par les professionnels de la santé. Dans la littérature, la place et la corrélation de la religion dans le concept de la spiritualité sont beaucoup discutées. Henry (2003) explique que l'utilisation d'un discours religieux et scientifique peut fournir des réalités importantes et utiles dans les différents aspects du déroulement de la maladie et de ses conséquences. Selon lui, les discours religieux fournissent des ressources conceptuelles et morales pour aider les individus confrontés à la mort, à la maladie et aux limites de la compréhension humaine. Parfois, il y a une confusion entre ces deux notions. Ekedahl (2009) précise que la spiritualité n'est pas égale à la religion. Selon Noble & Jones (2010), il est important de faire la distinction entre les deux car leur sens est tout à fait différent. Ainsi, en vue des divergences d'opinions et du manque de clarté, la compréhension de ce concept est difficile. Cela soulève des questions quant au rôle professionnel de l'infirmière dans la prise en charge spirituelle.

Etant donné que la spiritualité est influencée par la culture et le niveau social (Baldacchino, 2006 ; Ekedahl & Wengström, 2009), il peut être déduit que la prestation de soins va différer d'un pays à l'autre en fonction des aspects socioculturels.

Les concepts moraux diffèrent selon la culture et influence les normes des pratiques spirituelles (Baldacchino, 2006). De ce fait, les infirmières peuvent rencontrer des pratiques spirituelles qui peuvent être difficilement acceptable dans les mœurs de la société. L'importance de la communication et de l'information peut être soulignée dans ces situations.

Les aspects de la réflexivité se rapportent, en somme, à la compréhension de la spiritualité, à la connaissance du soi, à la prise de distance par rapport à soit et par une analyse de sa pratique pour comprendre le travail de l'équipe et du collectif. Le terme réflexivité évoque la prise de distance pour comprendre, réfléchir et s'améliorer.

6.3 La critique du travail de BT: les limites et les apports de la revue étoffée

Selon Loisel (2007), la critique d'un travail de recherche est définie comme "une évaluation objective et équilibrée des diverses dimensions d'un rapport de recherche". Il s'agit: des questions de fonds, des aspects théoriques, des décisions d'ordre méthodologique, de l'analyse, des aspects éthiques, de l'interprétation, des éléments stylistiques.

6.3.1 Les questions de fonds

Le problème de recherche est important pour la discipline. En élaborant l'état des connaissances, il est ressorti que la spiritualité est une dimension à part entière des soins infirmiers. Bien que cet aspect des soins soit développé au sein de plusieurs cadres théoriques de la profession; la mise en pratique de ces soins n'est pas systématique et présente des obstacles et des difficultés pour les soignants. En ayant relevé les besoins des patients et l'importance de cette dimension pour le fonctionnement humain, il devient essentiel de se questionner, dans un premier temps, sur les facteurs qui influencent les infirmières à mobiliser ou développer des compétences dans la prestation de soins spirituels.

6.3.2 Les aspects théoriques

Le cadre de référence des compétences permet de comprendre les aspects théoriques et conceptuels qui sous-tendent à la question de recherche. Ainsi il renforce la compréhension des résultats des recherches retenues.

6.3.3 Les décisions d'ordre méthodologique

La revue de littérature étoffée offre la possibilité de rassembler un échantillon de recherches variées sur la thématique. Cependant, il n'apporte pas de nouveaux résultats. Il a pour but d'offrir une synthèse et de présenter une réponse à la question de départ. Les résultats de cette revue permettent de mettre en évidence des besoins de recherches futures et fait ressurgir de nouveaux questionnements face à la problématique de départ. Les critères

d'inclusion élaborés ont tenu compte de la définition de la population concernée, du phénomène intéressé et du contexte de soins.

Une critique peut être faite au niveau de l'explication de la procédure de recherche concernant les "Mesh-Terms". La rigueur de la recherche aurait pu être améliorée.

6.3.4 L'analyse

L'analyse des résultats s'est faite à l'aide du cadre de référence. De plus, des tableaux de synthèses ont été créés afin de faciliter l'écriture des résultats.

6.3.5 Les aspects éthiques

Toutes les études sélectionnées pour cette revue ont tenus compte des aspects éthiques dans leur procédure de recherches : le respect de la confidentialité des participants, la liberté de participation et les droits humains. De nombreuses recherches ont fait valider leur travail par un comité d'éthique.

6.3.6 L'interprétation

L'interprétation des résultats, lors de la discussion, a tenu compte du cadre de référence, des recherches antérieures, de littératures variées et des différents concepts utilisés.

6.3.7 Les éléments stylistiques

Ce travail a été élaboré en tenant compte d'une structure méthodologique et se veut de proposer une rédaction claire.

6.4 Les implications pour la pratique professionnelle

Selon Van Leeuwen (2006), il serait important, dans un premier temps, de clarifier le rôle des infirmières en matière de spiritualité. La mise en place de modèles aiderait les infirmières à intégrer la dimension spirituelle comme un processus de soins infirmiers (Narayanasamy, 2006). Au niveau professionnel, clarifier la pertinence d'un modèle faciliterait la mise en place de ces soins.

Au niveau personnel, comme la conscience spirituelle influence positivement la prise en charge de cette dimension, il serait nécessaire que chaque soignant puisse avoir une réflexion à ce sujet. Les institutions pourraient peut-être proposer des programmes de réflexion sur le thème de la spiritualité.

Des débats sont encore nécessaires afin de discuter en équipe de la place de la spiritualité dans les soins. Pour animer ces débats et répartir les temps de paroles, il serait judicieux de désigner un leader. Ces discussions devraient faire partie des colloques interdisciplinaires afin de rassembler l'ensemble des intervenants étant donné qu'il s'agit d'un domaine qui n'est pas de la seule responsabilité de l'infirmière. D'autre part, il serait intéressant de discuter de la place de la spiritualité dans le processus de soins et de l'importance de celle-ci dans les stratégies thérapeutiques.

De plus, il faudrait explorer le dilemme éthique dans la prestation de soins spirituels par une infirmière ayant une croyance particulière auprès d'un patient détenant d'autres croyances (Fawcett & Noble, 2004).

La formation continue serait nécessaire aux infirmières pour leurs prises en charge des soins spirituels. Ces programmes éducatifs devraient inclure les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire. Le personnel soignant ainsi que les institutions devraient prendre l'initiative d'augmenter leurs connaissances et de prioriser la réflexion sur les soins spirituels. De plus, la direction des institutions devrait aider les infirmières en mettant à disposition des équipes de soutien (Baldacchino, 2006). La formation peut impliquer des expériences réflexives et pédagogiques (Bukhart & Hogan, 2008).

6.5 Les implications pour la recherche future

Cette revue aborde divers éléments qui peuvent influencer les compétences des infirmières dans la prestation de soins spirituels. Il pourrait être intéressant, par la suite, de sélectionner un de ces facteurs en approfondissant la compréhension de son lien dans cette dimension du soin. De même que le contexte somatique reste vaste, il pourrait être affiné. Ainsi les résultats pourraient être davantage ciblés et précis. Par exemple, il pourrait être judicieux de rechercher comment la formation de base pourrait améliorer les

compétences infirmières en matière de soins spirituels. De plus, étant donné que le bien-être spirituel est un indicateur de qualité des soins, des recherches pourraient être faites sur les ressources mises en place par les institutions pour favoriser la mise en place de la spiritualité dans les processus de soins.

Les recherches futures devraient également tenir compte de la différence entre la religion et la spiritualité (Ekedahl & Wengström, 2009).

Comme l'infirmière tient un rôle important pour évaluer les besoins spirituels des patients, d'autres recherches doivent être encore faites pour identifier les différentes manières d'aborder le patient et de pratiquer cette évaluation (Bukhart & Hogan, 2008).

Les compétences appropriées en fonction des problèmes de santé, de la population et de la culture ont reçu peu d'attention. Des recherches supplémentaires sont nécessaires dans ces domaines pour fournir des bases solides pour les profils de compétences en soins infirmiers (Leeuwen & Cusveller, 2004). L'outil d'évaluation des compétences en matière de soins spirituels (CSSC) peut être utilisé à des fins pratiques à la formation et à la recherche pour évaluer les compétences des étudiants et des infirmières dans la prestation de soins spirituels. Cela peut permettre également de mettre en évidence, au sein des institutions, les besoins de formation.

Conclusion

Les résultats obtenus, suite à la recherche, ont permis de répondre à la problématique en relevant plusieurs facteurs influençant les compétences infirmières en matière de soins spirituels en milieu somatique. Des aspects personnels, professionnels, institutionnels et socioculturels sont ressortis. Les éléments clés qui sont apparus dans plusieurs recherches sont : la complexité de la définition de la spiritualité, le développement de sa propre conscience spirituelle, la formation, les ressources institutionnelles, l'élaboration d'un référentiel de compétences en matière de soins spirituels.

Ce travail nous a apporté une réflexion personnelle autour de la signification de la spiritualité. Nous avons pris conscience que cette dimension est importante pour l'être humain et qu'elle fait partie intégrante de notre rôle professionnel. Encore une fois, nous avons relevé l'importance de la communication et de la relation qui sont les bases de notre profession. Cependant, nous avons réalisé la complexité de cette approche dans les soins. Nous avons remarqué que peu d'apports nous ont été donnés durant la formation sur ce sujet. En vue de la complexité de ces soins et de la diversité des situations, il nous semble essentielle que la formation de base des infirmières tiennent compte de cette notion. En discutant avec notre entourage, nous avons également pris conscience que la spiritualité était souvent confondue avec la religion.

La question de recherche aborde le contexte des soins somatiques. Ce contexte peut être par la suite, affiné lors de recherches futures. De plus, ce travail s'intéresse à l'ensemble des facteurs qui influencent la pratique infirmière dans ce domaine. Il pourrait également être pertinent de sélectionner l'un de ces facteurs, comme la formation. De ce fait, les résultats seraient plus précis et transférables dans la pratique infirmière.

7 Bibliographie

Ouvrages

Autret P. & Gauthier-Pavloff V. (2006). *Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier*. Paris : Institut Upps de la Douleur

Benner P. (1995). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris : Masson

Bentounès K. (2009). *Thérapie de l'âme*. Monaco : Albin Michel/koutousia, Editions Alphée.

Bugat R., Cabarrot E., Carton M. & Favre G. (2000). *Le cancer*. Toulouse : Privat

Couraud S., Barmaki M., Maillard E. (2010). *Vivre et comprendre le cancer*. Edit. Ellipses, Paris

Dictionnaire des Soins infirmiers et de la profession infirmière (2005). Paris : Masson

Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr, adapté en français par : Rahal, L., Célis, M.-T. (2007). *Diagnostics infirmiers ; interventions et bases rationnelles*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Canada

Farsi F., Devaux Y. (2010). *Qualité de vie des patients atteints de cancer*. Edit. John Libbey.

Formarier M. & Jovic L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil.

Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière éducation
Geschwind H. (2004). *Le rôle des soins palliatifs*. Paris : L'Harmattan.

Jacquemin D. (2004). *Ethique des soins palliatifs*. Paris : Dunod

- Jallut O. (1992). *Médecines parallèles et cancers : mode d'emploi et de non-emploi*. Bordeaux : L'Horizon chimérique
- Kemps, E., C. (2002). *Le malade en fin de vie*. De Boeck & Larcier s.a. Paris
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Québec : Beauchemin.
- Khayat D. (2003). *Les chemins de l'espoir*. Paris : Odile Jacob
- Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : Erpi.
- Loiselle, G., C., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : Canadian Essentials of nursing Research
- Le Boterf G. (2008). *Repenser la compétence : pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris : Eyrolles.
- Neuenschwander H. & al. (2007). *Médecine Palliative*. Berne : Ligue suisse contre le cancer.
- Oppenheim D. (2009). *Grandir avec un cancer*. Bruxelles : De Boeck.
- Rossi E. L. (1994). *Psychologie de la guérison: influence de l'esprit sur le corps*. Marseille : Hommes & Perspectives
- Saglier J., Beuzeboc P., Pommeyrol A., Toledano A. (2009). *Cancer: questions et réponses au quotidien*. Paris : Masson.
- Saunders C. Collège soins infirmiers société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), (1999). *L'infirmier et les soins palliatifs*. Masson Paris
- Schaerer, Rl, Kolodié H., Racinet, P. & Vrousos, C., (1987). *Soins palliatifs en cancérologie et à la phase terminale*. Doin Editeurs Paris

Simonton C., Simonton S. M. & Creighton J. (1982). *Guérir envers et contre tout : le guide quotidien du malade et de ses proches pour surmonter le cancer*. Paris: EPI Editeurs

Spire A., Siri M. (2010). *Cancer : le malade est une personne*. Paris : Odile Jacob.

Articles

Alidina, K. & Tettero, I. (2010). Exploring the therapeutic value of hope in palliative nursing. *Palliative & supportive care*, 8, 353-8

Baldacchino D.R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 885-896.

Bukhart L. & Hogan N. (2008). An experimental theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative Health Research*, 18, 928-938.

Chan, M. F. & al. (2006). Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: Results of a cluster analysis. *Nurse Education Today*, 26, 139-150

Crane, J. N. (2009). Religion and cancer: examining the possible connections. *Journal of Psychological Oncology*, 27, 469-486

Cusveller, b., Leeuwen, R. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234-246

Ekedahl M. & Wengström Y. (2010). Caritas, spirituality and religiosity in nurses' coping. *European Journal of Cancer Care*, 19, 530-537.

Hennery, N. (2003). Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. *Journal of Advanced Nursing*, 42(6), 550-557.

Jacolet, T. (2011). Les suisses distants de la religion : Une grande majorité des Suisses s'éloignent de la religion et de la spiritualité selon une étude, entretien avec la sociologue Mallory Schneuwly-Purdie. *La Liberté*, 10.

Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009) Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES, Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisse.

Lundmark M. (2005). Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 363-874.

McSherry W. (2006). The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 905-917.

Mc Sherry, W., Cash, K., Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 934-941.

Narayanasamy A. (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of clinical Nursing*, 15, 840-851.

Noble, A. & Jones, C. (2010). Getting it right: oncology nurses' understanding of spirituality. *International Journal of Palliative Nursing*, 16, 11, 565-569.

Smyth T. & Allen S. (2011). Nurses' experiences assessing the spirituality of terminally ill patients in acute clinical practice. *International of Palliative Nursing*, 17, 337-343.

S. n. (2011). Hope is the key. *Nursing standard*. 25, 18, 20-21

Surbone, A. & Baider, L. (2010). The spiritual dimension of cancer care. *Critical reviews in Oncology/Hematology*, 73, 228-235

Toh C. (2011). Providing hope in terminal cancer: when is it appropriate and when is it not? *Annals Academy of Medicine*, 40, 50-55

Tonks, N. & Fawcett, (2004). The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 136-142.

Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Poste, D. & Jochemsen, H. (2008). The effectiveness of an educational programme for nursing students on

developing competence in the provision of spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2768-2781

Van Leeuwen, R., Riesinga, L. J., Middel, B., Post, D. & Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2857-2869

Van Leeuwen R., Tiesinga L. J., Post D. & Jochemsen H. (2006). Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 875-884.

Visser, A., Garssen, B. & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-Oncology*, 19, 565-572

Villagomez, L.R. (2005). Spiritual distress in adult cancer patients: toward conceptual clarity. *Holistic nursing practice*, 6, 285-94

Yuet Foon Chung, L., Yuet Wong, F. K. & Fai Chan, M. (2007). Relationship of nurse spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *Jan journal of advanced nursing*, 58, 158-70

Sites WEB

Haute école de santé Fribourg (2012). [Page WEB]. *Référentiel des compétences*. Accès : <http://www.hes-so.ch/modules/formation/detail.asp?ID=185> [page consultée le 05 juin 2012].

OFFT (2012). [Page WEB]. *Référentiel des compétences*. Accès : <http://www.bbt.admin.ch/themen/berufsbildung/01247/01248/index.html?lang=fr> [page consultée le 05 juin 2012].

Organisation mondiale de la santé. (2011). Thèmes de santé : cancer. [Page WEB]. Accès : <http://www.who.int/topics/cancer/fr> [page consultée le 22 mars 2012].

Dicopsycho. (2012). Holistique [Page WEB]. Accès : <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Holistique> [page consultée le 11 juin 2012].

Soins palliatifs suisses. (s.d.). La spiritualité dans les soins palliatifs. [Page WEB]. Accès : <http://www.palliative.ch/index.php?id=70&L=2> [page consultée le 10 mai 2011].

Wikipedia. (2011). L'espoir. [Page WEB]. Accès : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Espoir> [page consultée le 20 mars 2011].

Revues

Baeriswyl & al. (2011). Infirmière HES : Formation pratique. Fribourg: Haute Ecole de Santé de Fribourg.

Hongler T, Rivier E. & Suter C. (2008). La spiritualité en soins palliatifs. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, 5, 1-28.

Recommandations soins palliatifs et soins spirituels (2010). Consensus pour la « best practice » en suisse.

Royal College of Nursing (2011). Spirituality in nursing care: a pocket guide. Londres: royal college of nursing.

Annexes

Annexe 1 : Compétences génériques des professions de la santé HES

Un savoir approprié aux défis de la politique de santé	Une expertise professionnelle et des compétences méthodologiques	comportement professionnel et responsable	Des aptitudes à communiquer, à interagir et à documenter
<p>(1) elles connaissent les bases légales et les priorités de la politique de santé régissant le système suisse de soins et de protection sociale ainsi que les principes de son pilotage et ses limites</p> <p>(2) elles savent mener leur activité professionnelle dans le respect des bases légales, tout en évaluant l'efficacité et l'économicité ainsi que la qualité et l'adéquation des prestations fournies ou initiées</p>	<p>(1) elles disposent des connaissances scientifiques nécessaires pour prendre des mesures préventives, diagnostiques, thérapeutiques, palliatives et de réhabilitation</p> <p>(2) elles sont initiées aux méthodes de la recherche scientifique dans le domaine de la santé et à la pratique orientée vers l'Evidence Based Practice</p> <p>(3) elles connaissent les déterminants qui maintiennent et favorisent la santé individuelle et de la population et elles sont capables d'initier des mesures qui contribuent à l'amélioration de la qualité de vie</p> <p>(4) elles maîtrisent le raisonnement clinique et elles sont aptes à élaborer des mesures qui s'insèrent de manière systémique dans la prise en charge et l'accompagnement de la personne</p> <p>(5) elles sont capables d'être des acteurs du système de santé qui garantissent la qualité de la prise en charge conformément aux spécificités et à la meilleure pratique de la profession</p>	<p>(1) elles assument la responsabilité pour leurs actes et elles reconnaissent et respectent leurs propres limites</p> <p>(2) elles démontrent un engagement envers les individus, la société et l'environnement par une pratique respectueuse de l'éthique et elles respectent le droit à l'autodétermination des personnes</p> <p>(3) elles sont à même d'innover et de développer leur activité professionnelle par l'acquisition de savoirs scientifiques et elles peuvent mener une réflexion permanente de leur pratique et qui conduit à l'actualisation des connaissances et aptitudes tout au long de la vie</p> <p>(4) elles sont aptes à participer aux recherches et à intégrer les données probantes dans la pratique professionnelle</p> <p>(5) elles pratiquent de manière autonome sur la base d'une évaluation professionnelle</p>	<p>(1) elles cherchent activement la collaboration interprofessionnelle et la coopération avec les autres acteurs du système de soins</p> <p>(2) elles sont capables de conduire une relation professionnelle appropriée envers les personnes et leur entourage et de les conseiller de manière appropriée</p> <p>(3) elles sont à même de présenter et documenter leurs actes de manière pertinente et à être compris par les autres et elles connaissent des instruments Heath pour la gestion des patients et des soins</p>

Annexe 1 : Compétences spécifiques de la filière soins infirmiers

Rôle	Bachelor of Science en soins infirmiers	Master of Science en soins infirmiers
Expert en soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - elles sont responsables des soins, identifient les besoins des individus et des groupes, dans tous les âges de la vie, et effectuent ou délèguent les soins appropriés tout en les évaluant de manière continue. Ceux-ci comprennent les soins préventifs, thérapeutiques et palliatifs ; - elles assument, au sein d'une équipe professionnelle (skills mix) et interprofessionnelle, la responsabilité, dans l'intérêt des patients, de la mise en œuvre et de la continuité de soins de qualité efficaces et efficaces ; - elles dispensent, aux patients et à leur entourage, des conseils relatifs aux soins et à la santé basés sur des connaissances scientifiques actuelles et des principes éthiques ; - elles participent à des projets et à des recherches dans le domaine des soins et promeuvent le transfert des résultats dans la formation et la pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> - elles examinent et évaluent les soins de manière empirique, développent de nouvelles questions de recherche pertinentes pour la pratique et conduisent des recherches correspondantes ; - elles se positionnent, dans la société et le contexte de la politique de la santé, sur les questions relatives aux soins et à l'éthique et proposent des alternatives tout en participant à leur mise en œuvre ; - elles participent à des projets de recherches interdisciplinaires et promeuvent le transfert des connaissances dans la pratique et dans l'enseignement ; - elles assument la conduite de projets dans le domaine des soins et négocient avec les mandants leur transfert dans la pratique. <p>1 La notion d'« expert en soins infirmiers » est avant tout liée à un savoir et une pratique professionnels qui permettent d'explicitier un jugement propre à son champ disciplinaire et d'intervenir dans les débats le concernant. Cette notion est à différencier de la notion d'expert développée par Patricia Benner (1984) (voir à ce sujet la discussion dans le rapport final).</p> <p>2 Afin de faciliter la lecture, les termes désignant des personnes s'appliquent également aux femmes et aux hommes.</p>
Communica- teur	<ul style="list-style-type: none"> - elles établissent des relations professionnelles de confiance avec les patients et leurs proches et adaptent la communication à la situation tout en favorisant une prise de décision partagée (shared decision making) ; - elles développent une compréhension partagée des situations de soins et gèrent, si nécessaire, les conflits ; - elles assurent la traçabilité de toutes les données pertinentes en prenant en considération les dimensions légales, identifient les lacunes dans la documentation et proposent des solutions adaptées ; - elles communiquent avec les patients et les professionnels et partagent leur savoir et leur expérience avec leurs pairs. 	<ul style="list-style-type: none"> - elles présentent les alternatives et limites de l'offre en soins, les communiquent et les défendent sur le plan institutionnel et sur le plan de la politique de la santé, et mettent à disposition les connaissances et compétences adéquates ; - elles préparent et provoquent des décisions concernant les soins en tenant compte des perspectives professionnelles, éthiques, sociales et des aspects économiques de la politique de la santé ; - elles communiquent avec des groupes de patients et les professionnels et initient des concepts de soins spécifiques ; - elles assument des décisions concernant les soins des patients et formulent le mandat de prestation au sein d'une équipe interdisciplinaire.

Collaborateur	<ul style="list-style-type: none"> - elles s'engagent, dans une équipe interdisciplinaire et interprofessionnelle, à défendre des soins individualisés optimaux ; - elles assument la responsabilité qui leur incombe dans les situations de soins, et, ce faisant, elles coordonnent et accompagnent les groupes de travail, soutiennent et dirigent, dans leur domaine, d'autres membres de l'équipe de soins ; - elles prennent part à des prises de décision au sein de groupes intra et interprofessionnels en y défendant l'éthique professionnelle ; - elles mettent leurs compétences professionnelles à disposition des acteurs du système de santé, des patients et de leurs proches. 	<ul style="list-style-type: none"> - elles approfondissent des problématiques en tant que personne de référence pour les équipes et institutions, et proposent des solutions efficaces adaptées aux patients (exemple : nurse case management) ; - elles négocient des objectifs de traitement et de soins dans une équipe interprofessionnelle en respectant les normes nationales et internationales de traitement (exemple : <i>evidence based nursing, disease management</i>) ; - elles garantissent, au sein du système sociosanitaire et au-delà des frontières institutionnelles, leur leadership dans les soins infirmiers.
Manager	<ul style="list-style-type: none"> - elles mettent en œuvre des plans de traitement de manière efficace dans le cadre des conditions générales institutionnelles et légales ; - elles participent à la mise en œuvre et à l'évaluation des normes de qualité des soins basées sur les connaissances scientifiques et identifient les besoins en matière d'innovation ; - elles utilisent des technologies de l'information et travaillent, en s'orientant vers les processus et les objectifs, en utilisant les ressources de manière efficace ; - elles évaluent leur rôle professionnel et prennent une part active à leur carrière professionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - elles dirigent des processus de gestion de la qualité dans le système sociosanitaire et élaborent des mesures afin d'y établir le développement des soins ; - elles assument leur rôle d'agent de changement dans des projets de soins innovants et les défendent auprès des décideurs ; - elles développent, implémentent et évaluent des stratégies d'offre en soins appropriées aux besoins de la population et qui tiennent compte des conditions cadres actuelles et des défis futurs.
Promoteur de la santé (Health Advocate)	<ul style="list-style-type: none"> - elles s'engagent en faveur de la santé et de la qualité de vie et soutiennent les intérêts des patients et de leurs proches ; - elles intègrent, dans leur pratique professionnelle, des concepts de promotion de la santé et de prévention de la maladie pour les individus et les groupes et participent activement à leur mise en œuvre ; - elles encouragent les patients et leurs proches à utiliser, de manière différenciée et individuelle, les moyens disponibles pour surmonter la maladie ou la prévenir, dans le souci d'assurer la meilleure qualité de vie possible ; - elles participent au développement des approches de promotion de la 	<ul style="list-style-type: none"> - elles identifient les problématiques prioritaires dans le domaine de l'offre en soins appropriée aux besoins de la population et contribuent à la recherche de solutions sur le plan de la politique de la santé et de la politique sociale ; - elles s'engagent sur le plan politique et social, en utilisant leurs connaissances scientifiques, pour des conditions cadres garantissant, de manière durable, des soins pour tous ; - elles participent aux discussions importantes sur la santé, se positionnent et développent, implémentent et évaluent des concepts et des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie pour des groupes de patients, des familles ou des communes.

	santé et de prévention de la maladie.	
Apprenant et formateur	<ul style="list-style-type: none"> - elles maintiennent et développent leurs compétences professionnelles à travers une formation continue et soutiennent la formation professionnelle pratique des étudiants, en s'appuyant sur des données scientifiques et pertinentes ; - elles identifient les besoins de formation des patients, de leur entourage et de la société et proposent, dans le cadre de la politique de santé, un soutien efficace ; - elles identifient des problématiques, relatives à la pratique des soins, propices à des projets de développement et de recherche et les transmettent aux instances appropriées ; - elles analysent leur pratique professionnelle, combler les lacunes et identifient les ressources à disposition, en associant leur expérience clinique, leur connaissance des patients et leurs connaissances actualisées basées sur les preuves scientifiques, afin de continuer à développer les soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - elles initient et mènent à terme des projets de recherche orientés vers la pratique ; - elles initient des projets de changement et accompagnent leur déroulement, avec pour objectif d'harmoniser les soins de santé avec les besoins actuels ; - elles jouent un rôle de conseil en matière de recherche ; - elles analysent, critiquent et appliquent les connaissances actuelles de manière ciblée en vue de les mettre à disposition de la formation et de la population.
Rôle de professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - elles démontrent une attitude respectueuse de l'éthique professionnelle et un engagement envers les patients, leurs proches et la société ; - elles représentent leur profession et s'impliquent dans le développement et l'exercice de la profession infirmière ainsi que le maintien de leur propre santé, de manière responsable et autonome ; - elles évaluent leur pratique professionnelle en démontrant une posture de réflexion et d'auto-évaluation permanentes afin de contribuer à la qualité de vie des personnes et de la société. 	<ul style="list-style-type: none"> - elles répondent, en respectant la dignité humaine, aux besoins de santé de la population en vue d'améliorer la qualité de vie et d'assurer la sécurité des personnes ; - elles engagent des travaux de recherche sur l'éthique professionnelle, diffusent et utilisent les résultats ; - elles contribuent, à l'aide de la recherche, au développement des connaissances professionnelles et promeuvent ainsi le rayonnement et la visibilité de la profession infirmière dans la société.

Annexe 2 : tableau récapitulatif de la méthodologie

Banque de données: Medline/Pubmed				
Mesh-terms	Etudes retenues	Devis	Contexte	Modèle
<p>“nursing” [Mesh] AND “holistic nursing” [Mesh] AND “spirituality” [Mesh]</p>	<p>Narayanasamy A. (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. <i>Journal of clinical Nursing</i>, 15, 840-851.</p>	<p>Etude qualitative</p>	<p>Soins somatiques, pédiatriques et psychiatriques</p>	<p><u>ASSET</u> : (pas de précision)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ sa propre conscience : clarifier ses valeurs, ses croyances, ses émotions ○ Formation: bien informer les praticiens de la dimension spirituelle dans les soins infirmiers ○ La dimension spirituelle dans les soins : la compétence dans l'évaluation des besoins spirituels, planifier des soins spirituels, compétence de conseiller, relation de confiance entre le patient et le soignant, compétence dans le jugement de l'efficacité des soins spirituels, augmenter la qualité des soins, l'intégrité spirituelle, diminuer et soulager la souffrance spirituelle <p><u>ACCESS</u> : (Soins infirmiers transculturels)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluation des aspects culturels dans le style de vie, les croyances et les pratiques de santé ○ Communication : être attentif aux réponses verbales et non-verbales ○ Négociation et compromis : être attentif aux aspects culturels des personnes en essayant de comprendre au

	Baldacchino D.R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 15, 885-896.	Etude quantitative et qualitative : comparative descriptive	Soins aigus	<p>mieux le point de vue du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Etablir une relation basée sur le respect : la relation thérapeutique requiert le respect des croyances et des valeurs du patient ○ Sensibilité : délivrer diverses sensibilités culturelles à divers groupes culturels ○ Sécurité : faire dériver les patients vers un sens de la sécurité culturelle <p><u>L'auteur se base sur son propre modèle, il se base sur les points suivants:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ détresse spirituelle ○ évaluation des soins spirituels ○ facteurs influençant ○ qualité des soins ○ propre conscience spirituelle
	Ekedahl M. & Wengström Y. (2010). Caritas, spirituality and religiosity in nurses' coping. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 19, 530-537.	Etude qualitative	Oncologie et soins ambulatoires	<p><u>Psychologie et philosophie de l'adaptation religieuse de Pargament (1997) :</u></p> <p>La personne possède un système d'orientation qui se compose de ses valeurs, ses habitudes, ses relations, ses croyances et sa personnalité. La personne anticipe et se réconcilie avec les événements par ce système d'orientation.</p>

<p>“Nurses” [Mesh] AND “spiritual care” [Mesh] AND “nursing” [Mesh]</p>	<p>McSherry W. (2006). The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 15, 905-917.</p>	<p>Etude qualitative</p>	<p>Soins aigus</p>	<p>L’auteur a réalisé son propre modèle suite à l’étude :</p> <p>les éléments clés perçus comme étant fondamental pour les participants dans leur compréhension de la spiritualité et du soin spirituel étaient l’individualité, le sens du terme « spiritualité » en regard avec la construction d’un langage spirituel commun, l’inclusivité, l’intégration et l’interdisciplinarité.</p>
<p>“spirituality” [Mesh] AND “nursing” [Mesh] AND “empirical research report” [Mesh]</p>	<p>Yuet Foon Chung, L., Yuet Wong, F. K. & Fai Chan, M. (2007). Relationship of nurse spirituality to their understanding and practice of spiritual care. <i>Jan journal of advanced nursing</i>, 58, 158-70.</p>	<p>Etude quantitative de corrélation</p>	<p>Etudiants en formation ayant travaillé dans divers contextes de soins</p>	<p>L’auteur s’appuie sur les modèles de Florence Nightingale (1996) et de Parse (1995).</p>
<p>“Oncology” [Mesh] AND “spiritual care” [Mesh]</p>	<p>Lundmark M. (2005). Attitudes to spiritual car among nursing staff in a Swedish oncology clinic. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 15, 363-874.</p> <p>Noble, A. & Jones, C. (2010). Getting it right: oncology nurses’ understanding of</p>	<p>Etude quantitative</p> <p>Etude qualitative</p>	<p>Oncologie</p> <p>oncologie</p>	<p>L’auteur compare les résultats avec l’étude de Strang & al. (2002)</p> <p><u>La spiritualité et la religion</u> : il est important de faire la distinction entre les deux car leur sens est tout à fait différent. Le concept de spiritualité implique la connexion avec soi, la connexion avec les autres, la congruence avec ses valeurs, l’amour et l’espoir. La religion, quant à elle, a trait à un système de croyances. La spiritualité est</p>

	spirituality. International Journal of Palliative Nursing. 16, 11, 565-569.			<p>un concept universel pour tous mais particulièrement important lors de menace du bien-être. beaucoup de gens ne sont pas conscient de la présence de la dimension spirituelle dans leur propre vie et n'en voit pas la nécessité.</p> <p><u>La prise en charge spirituelle</u> : l'étude démontre qu'il y a une notion insaisissable dans cette prise en charge où l'idée de soi et l'expérience personnelle ont une grande importance. En effet, il n'est pas évident d'intégrer et de donner des soins spirituels. Beaucoup de facteurs influencent cette prise en charge comme la propre expérience de vie ainsi que les croyances.</p>
<p>"spiritual care" [Mesh] AND "perceptions" [Mesh]</p>	<p>Chan, M. F. & al. (2006). Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: Results of a cluster analysis. <i>Nurse Education Today</i> , 26, 139-150</p>	<p>Quantitative non-expérimentale de type corrélationnelle descriptive</p>	<p>Université de Hong Kong</p>	<p><u>Les soins holistiques</u>: Les infirmières ont pour but de pourvoir des soins qui reconnaissent l'importance du physique, du mental, du social et des aspects spirituels du besoin et du soin.</p> <p><u>La spiritualité</u>: En se référant à la définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé, ils établissent que chaque individu a une fonction spirituelle. Cette approche à la spiritualité humaine est fonctionnelle.</p> <p><u>Les soins spirituels</u>: Les soins spirituels ont été associés à la qualité des soins interpersonnels en termes d'expression d'amour et de compassion vis à vis du patient selon Tanyi (2002) cité par les auteurs.</p> <p><u>La formation aux soins spirituels</u>: La littérature relève que la formation des infirmières à la spiritualité est clairsemé/incomplète. les infirmières rencontrent différentes barrières dans leurs pratiques quotidiennes pour prodiguer des soins spirituels tel que: un manque de connaissance/entraînement académique, du temps et du</p>

				<p>matériel inadéquat. De plus, les perceptions de certaines infirmières peuvent être des obstacles. Si leurs croyances des soins spirituels se rapportent aux aspects religieux; les interventions vont se limiter à la chapelle de l'hôpital et donc limiter les capacités de l'infirmière de répondre aux besoins spirituels des patients.</p> <p><u>L'analyse typologique (cluster analysis):</u> Statistiquement, pour délimiter les regroupements naturels dans les données; L'analyse typologique est la technique la plus appropriée. En débutant la recherche, il n'y a aucune connaissance sur le groupe interviewer, si ce n'est le nombre. Cette méthode explore certains facteurs d'analyse parce qu'il identifie des groupes de variables. C'est une technique pertinente lorsqu'on suspecte que l'échantillon n'est pas homogène.</p>
<p>“Spirituality” [Mesh] AND “Holistic nursing” [Mesh]</p>	<p>Cusveller, b., Leeuwen, R. (2004). Nursing competencies for spiritual care. Journal of Advanced Nursing, 48(3), 234-246.</p>	<p>revue de littérature qualitative, semi structurée et exploratrice</p>	<p>Littérature online mondiale</p>	<p><u>Les soins holistiques:</u> Les auteurs définissent la notion de soins holistiques : il s'agit des aspects physique, mental, social et spirituel de l'être humain.</p> <p><u>Une approche fonctionnelle de la spiritualité:</u> Les chercheurs exposent la spiritualité comme une fonction de l'être humain. Il s'agit d'activités, de convictions et d'attitudes relatives aux caractéristiques fondamentales de l'existence humaine, comme la mort, la souffrance, la vulnérabilité, la dépendance, l'inéluctabilité du choix et le sacré.</p> <p><u>Les compétences infirmières:</u> Ils ont relevés que ces compétences sont reliées à : la responsabilité professionnelle des infirmières pour les soins directe au patient, aux limites de la responsabilité, aux interactions avec les autres soignants et professionnels, aux échanges/ négociations avec les conditions du contexte</p>

	Fawcett, T.N. & Noble, A. (2004). The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 13, 136-142.	Qualitative: papier de position	littérature sur les infirmières chrétiennes pratiquant des soins spirituels.	<p>des soins spirituels.</p> <p><u>Les modèles des prestations de soins spirituels:</u></p> <p>♦Stoll's guidelines for spiritual assessment:Il propose des lignes directrices pour l'évaluation spirituelle, qui s'articule autour de quatre domaines de recherche: le concept de la personne de Dieu ou de divinité, de leurs sources d'espoir et de force, de l'importance pour eux des rituels ou de pratiques religieuses, et les relations perçues par la personne entre leur croyances spirituelles et leur santé</p> <p>♦The PLAN model: Il a été développé à partir des lignes directrices pour les soins de santé sexuelle, sur la base que les infirmières ont des degrés divers de connaissance, de compréhension, et d'expertise sur des sujets tels. Ainsi, il existe des niveaux d'intervention au sein du modèle: l'autorisation, l'information donnée limitée, l'activation de ressources et non les soins d'assistance infirmiers (PLAN).</p>
"Spirituality" [Mesh] AND "Nursing" [Mesh]	Hennerly, N. (2003). Constructions of spirituality in contemporary nursing theory. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 42(6), 550-557.	Qualitative, type: l'analyse du discours	Revue de littérature	<p><u>La spiritualité:</u> Il s'agit d'un bien détenu par toutes les personnes car il est «une composante essentielle de chaque individu» (Isaïe et al., 1999, p. 15), «est présent dans tous les ... individus» (Narayanasamy 1999, p. 274) et est, une dimension humaine universelle» (Goddard, 1995, p. 809).</p> <p><u>Le discours:</u> L'analyse du discours conceptualise le langage comme constitutif de l'expérience plutôt que représentatif ou réflexif" (Willig, 1999, p. 2). La notion de discours fournit une alternative à la notion du langage, comme un milieu neutre permettant la représentation des pensées et des émotions ou le reflet d'une réalité</p>

				extérieure. Le discours produit l'expérience de la réalité.
“Spirituality” [Mesh] AND “Comprehe nsion” [Mesh]	Mc Sherry, W., Cash, K., Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 13, 934- 941.	Étude qualitative	infirmières	<p><u>Le contexte politique et professionnel lié aux soins spirituels:</u> Pour établir la spiritualité comme partie importante et intégrante de la prestation des soins de santé il a fallu des lignes directrices de part les politiques et les professionnels. Les auteurs dans cette recherches mettent en avant les chartes et politique de santé sur la nécessité de prendre en charge les besoins spirituels des patients.</p> <p><u>Définition théorique et pratique de la spiritualité:</u> Une revue de la littérature a été entreprise afin d'identifier comment la spiritualité a été défini, à la fois théoriquement et pratiquement.</p>
Recherches croisées par auteurs				
René van	Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Poste D., Jochemsen, H. (2008). The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17, 2768-2781	Quantitative type: quasi- expérimental e	Ecoles d'infirmières dans les Pays- Bas	<p><u>La formation et l'éducation des infirmières:</u> elle tend à avoir un certain effet positif sur la compétence des infirmières.</p> <p><u>Les outils d'évaluation pour mesurer l'effet de l'éducation de la spiritualité sur des étudiants:</u> les auteurs recensent les recherches faites à ce sujet. Ces études montrent différents effets sur la sensibilisation du concept de spiritualité et sur le bien-être spirituel des élèves, l'effet global de l'éducation sur la spiritualité des étudiants semble évident.</p> <p><u>Compétences infirmières pour les soins spirituels:</u> les auteurs décrivent qu'il n'y a pas de cadre de compétences explicites ou outil d'évaluation est utilisée pour évaluer</p>

Leeuwen	Van Leeuwen, R., Riesinga, L. J., Middel, B., Post, D., Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18, 2857-2869	Quantitative, devis transversal et longitudinal	Ecoles d'infirmières aux Pays-Bas	<p>l'effet de l'éducation sur la capacité à fournir des soins spirituels.</p> <p><u>Le profil des compétences infirmières pour les soins spirituels:</u> par Van Leeuwen and Cusveller (2004). Ce profil est basé sur un examen approfondi de la littérature internationale à partir de différentes perspectives professionnelles, en particulier du point de vue des soins infirmiers et de l'aumônerie. Ils ont distingué 3 domaines des soins spirituels et six sous-domaines des compétences infirmières.</p>
---------	--	---	-----------------------------------	---

Banque de données: Cinhal

Responsabilité Spiritual care nursing	Van Leeuwen R., Tiesinga L. J., Post D. & Jochemsen H. (2006). Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 15, 875-884.	Etude qualitative	Cardiologie, oncologie et neurologie	<p><u>Les auteurs relèvent de grands thèmes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o La propre spiritualité des infirmières : influencé par leur propre expérience, éducation ou histoire de vie o L'attitude de l'infirmière : sensible, humaine, chaleureuse, attentionnée, bien informée, impliquée. o Les émotions infirmières : L'impuissance, conflit interne, être personnellement touchée. o Communication infirmière-patient : Les conversations sont apparues spontanément sans forme de planification. o Plan d'évaluation et soins infirmiers : l'entrevue d'admission n'est souvent pas le bon moment car la
---------------------------------------	--	-------------------	--------------------------------------	--

				<p>base de confiance n'est pas encore là et pourrait enclencher une réaction défensive chez le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les interventions : les interventions spirituelles comprennent les aspects liés à l'attitude des infirmières et à la communication. ○ Les limites personnelles : il est important de ne pas franchir les limites personnelles de la personne ○ Interdisciplinarité : infirmière a le rôle d'avocate du patient. Les réunions d'équipe pour discuter de ces sujets-là sont importantes car elles créent une compréhension mutuelle entre les soignants et la confiance. ○ Le temps : parfois les patients voient les infirmières très occupées et comprennent qu'ils ont peu de temps et d'attention pour une conversation. ○ La formation : trop peu d'attention au cours de la formation de base infirmière est accordée aux soins spirituels.
<p>Spiritualité Théorie Soins infirmiers Soins spirituels</p>	<p>Burkhart L. & Hogan N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. Qualitative Health Research, 18, 928-938.</p>	<p>Etude qualitative</p>	<p>Soins chroniques : soins intensifs, réadaptation, chirurgie, médecine, ambulatoire et home</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'étude s'appuie sur la théorie développée par Glasser et Strauss (1967). ○ Les auteurs établissent ensuite leur propre modèle

Annexe 3: synthèses des études

Etude 1

Auteur: W. McSherry, Senior Lecturer, Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Health and Social Care, University of Hull, Hull, UK

Année: 2006

Source: Journal of Clinical Nursing, 15, 905-917

Titre: The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice

Devis: étude qualitative

Pertinence de l'étude : 22/22

Problématique et visée de l'étude	<p><u>Objectif</u> : l'objectif de cette étude est de faire comprendre les facteurs influençant la prise en charge de la spiritualité dans les soins. Ainsi, cette étude explore la nature subjective des soins spirituels en utilisant des théories existantes pour refléter ce que les professionnels des soins perçoivent du concept de l'intérieur. L'auteur cherche également à produire un modèle de compréhension qui pourrait aider les soignants dans les soins.</p> <p><u>Problématique</u> : Il y a beaucoup d'interprétations au terme de la spiritualité mais la définition s'est affinée au cours de ces dernières années. Un réel besoin se fait ressentir dans les soins à ce niveau-là autant organisationnel qu'éducationnel pour aller au-delà de la théorie et ainsi, aller vers la pratique. Dans ce domaine, il est important que la théorie reflète les cultures, religions et diversité ethnique existante dans les sociétés contemporaines. Cette étude fait donc prendre conscience qu'il y a des préoccupations comme l'organisation, la structure et la culture qui peuvent empêcher l'avancement des soins spirituels.</p>
--	---

Idées et concepts centraux/théories	<p><u>Théories</u> : L'auteur a repris plusieurs théories. Tout d'abord, l'harmonie et la connexion sont un processus social de base très important. Par ailleurs, la spiritualité est une force qui aide à construire son « Moi » et son devenir, elle est donc une stratégie de coping efficace pour aider les patients à découvrir la signification de la maladie, du combat, de l'isolement et de la souffrance afin de pouvoir réparer le manque de contrôle en raison de la maladie chronique. Dans ce domaine, les infirmières jouent un rôle clé auprès du malade dans l'endurance de leur maladie ainsi, leur compréhension de la spiritualité est fondamentale dans l'objectif d'encourager, de donner de l'espoir et une vision positive au patient. Pour les patients la spiritualité peut être une forme de découverte et de signification de soi. Elle peut être par exemple, sous la forme d'une présence de la famille ou des amis.</p>
Population, échantillon	<p><u>Population</u> : 53 participants (24 hommes et 29 femmes) âgés de 18 à 80 ans ont été recrutés et interviewés. Le panel incluait des infirmières (24), des aumôniers (7), un assistant social, un ergothérapeute, des physiothérapeutes (2), des patients (14) et des personnes publiques (4). Bien que la majeure partie des religions fût représentées la majorité des participants était chrétienne.</p>
Méthodes de récolte de données et analyse	<p><u>Méthodes de collecte des données</u> : un petit questionnaire de recrutement a été conçu. Ceci a permis de récolter des informations au sujet des perceptions individuelles au sujet de la spiritualité. Une question sur la disponibilité pour être interviewé était posée. Tous les participants qui étaient d'accord ont été contactés par téléphone pour organiser un entretien. Un courrier d'information comportant des indications essentielles au sujet de l'étude ont été envoyées. Des interviews semi-structurées ont été réalisées.</p> <p><u>Analyse</u> : Tous les interviews étaient enregistrées et transcrits en totalité puis analysés. Plusieurs codages ont été utilisés et impliquaient l'analyse de chaque mot, ligne et paragraphe pour donner un sens et développer une théorie. Des catégories ont été établies et des thèmes centraux ont émergés. Une approbation éthique a été donnée par le Comité de Recherche éthique local concerné. Un code était attribué aux participants afin de garantir l'anonymat et la confidentialité.</p>

<p>Résultats</p> <p>Facteurs aidants/obstacles</p>	<p><u>Facteurs aidants :</u></p> <p>les éléments clés perçus comme étant fondamental pour les participants dans leur compréhension de la spiritualité et du soin spirituel étaient l'individualité, le sens du terme « spiritualité » en regard avec la construction d'un langage spirituel commun, l'inclusivité, l'intégration et l'interdisciplinarité. Beaucoup de soignants effectuent des soins spirituels sans en avoir conscience. Beaucoup de participants pensent que la spiritualité existe à travers leur association avec une communauté ou ils trouvent un sens dans le don vers les autres. L'inclusivité, dans ce contexte, se réfère au besoin de capturer les perceptions et préoccupations de toutes les parties prenantes impliquées dans la délivrance de soins de santé. Il est également important de connaître ses limites afin de pouvoir transférer la situation à une autre personne si les soignants manquent de connaissances ou de compétences dans ce domaine. La spiritualité serait innée et ainsi tous les individus possèderaient le potentiel pour aborder une expérience spirituelle. L'institution doit avoir des ressources suffisantes comme assez de personnel ou encore leur implication, l'introduction de guidelines peut également faciliter la prise en charge de la spiritualité mais encore une fois, il faut faire attention à ne pas donner trop d'importance aux règles et mesures stratégiques.</p> <p><u>Obstacles :</u></p> <p>Beaucoup de réponses ont montré que les soignants n'intégraient pas les soins spirituels en les cachant. Un petit nombre de professionnels étaient même non-familiers et inconfortables avec le concept. D'un autre côté le danger serait de créer un discours trop professionnel et de faire une généralisation. La timidité des infirmières peut être un obstacle. L'implication émotionnelle est parfois trop grande et donc il y a un évitement de la part des soignants.</p>
<p>Discussion et implication pour la pratique</p>	<p>La spiritualité est influencée par plusieurs facteurs tels que la culture, la société, l'expérience de vie, les croyances religieuses et l'institution. Une seule définition définitive serait irréaliste et idéaliste en vue de la diversité des perceptions. La spiritualité intègre la notion de bonté, morale et de comportements socialement acceptables. Il est donc important pour les soignants de respecter leurs propres valeurs. Cette approche est problématique car pas toutes les communautés, cultures et sociétés ont le même point</p>

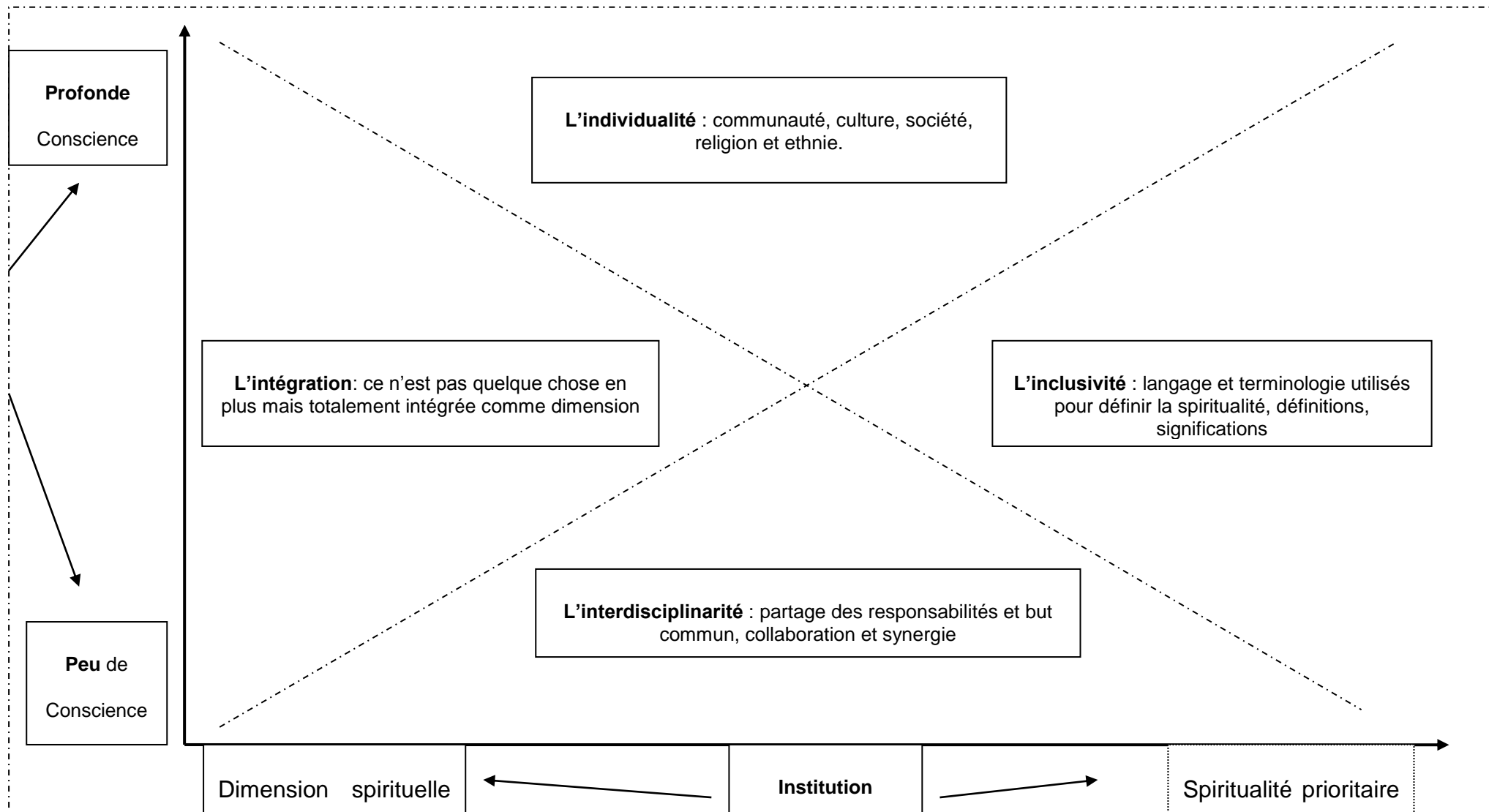
	<p>de vue en ce qui concerne la morale et ce qui est socialement acceptable. Il faut donc faire attention à ne pas refléter dans les recherches le point de vue unique d'une majorité de la population et léser les autres. De plus, si l'on se concentre uniquement sur les croyances et les besoins des minorités ethniques et groupes religieux, nous pouvons par inadvertance minimiser les croyances de la majorité. Mais comme l'intérêt de la spiritualité associée au soin médical a grandi, le débat reflète maintenant les différences culturelles et religieuses qui existent au niveau international. Chaque soignant devrait donc être impliqué dans la construction du savoir conceptuel et théorique et beaucoup pensent que se focaliser sur la dimension spirituelle de leurs patients est d'importance primordiale. Aucune des disciplines ressent qu'elle a le monopole au regard des soins spirituels. Le succès se trouve dans la collaboration interdisciplinaire et du travail d'équipe. Une étude de Taylor (2002) suggère que les infirmières sont des généralistes en matière de spiritualité car elles ne possèdent pas de formation particulière en ce qui concerne la spiritualité. Un modèle de soins spirituels est important pour les soins. Les besoins spirituels des patients peuvent améliorer leur sentiment de bien-être. Les institutions (ressources suffisantes) pourraient permettre des soins professionnels pour atteindre cet objectif. En prêtant attention aux principaux composants cela pourrait aider à identifier un langage et élaborer un discours sur la spiritualité pertinent pour tous ceux qui travaillent dans un système de soins. Ces composants fourniront un cadre pour former et préparer les équipes aux besoins spirituels dans les diverses communautés.</p> <p><u>Modèle</u> : il peut être appliqué pour tous les individus autant pour des personnes handicapées que des personnes démentes suggérant que la spiritualité demeure en tout individu.</p> <p><u>Limitations</u> : Comme dans certains groupes il y avait peu de participants cette étude ne peut pas être généralisée et donc ne reflète pas le point de vue de la population en général.</p>
Propre questionnaire, lien avec question de	<p>Ce modèle est antidiscriminatoire parce qu'on peut l'appliquer à n'importe quel individu sans tenir compte de son intelligence. Il intègre l'interdisciplinarité, donc le partage des responsabilités en adéquation avec un but commun, cela implique une grande collaboration. La recherche démontre bien qu'il y a plusieurs facteurs qui influencent la prise en charge de la spiritualité. Cette recherche nous donne des pistes sur les obstacles et les facteurs aidants la prise en charge de la spiritualité pour les soignants. Nous pouvons à</p>

recherche	présents les catégoriser. De plus, le modèle nous aide à réfléchir sur les éléments qui interagissent.
------------------	--

Modèle :

Spiritualité Inné

Peut fluctuer



- Ce modèle peut s'appliquer à des personnes handicapées mentales et même à des personnes démentes. Bien que ces individus puissent ne pas être conscients de la dimension spirituelle, le modèle suggère que la spiritualité réside en tout individu.
- Les lignes pointillées démontrent une interdépendance et interconnexion entre les composantes. Si l'une des composantes est occultée alors le modèle peut devenir inefficace.

Etude 2

Auteur: A. Narayanasamy, Associate Professor/Director of Staff Development, Faculty of Medicine & Health Sciences, School of Nursing, University of Nottingham, Nottingham, UK

Année: 2006

Titre: The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse

Source: Journal of clinical Nursing, 15, 840-851

Devis: étude qualitative

Pertinence de l'étude : 20/22

Problématique et visée de l'étude	Le but de cet article est de réfléchir comment les études basées sur l'expérience et non la théorie de la spiritualité et la culture ont un impact sur la formation des infirmières. Cette étude intègre deux modèles (ACCESS et ASSET) qui offrent un cadre pour une approche cohérente. Elle développe aussi la formation en soins spirituels et culturels dans la pratique. Dans l'ensemble, ce document propose des pistes qui ont un impact sur le développement dans la formation des infirmières. Car il est certain que les dimensions spirituelles et culturelles font partie intégrante de la prise en charge holistique. L'état des connaissances permettra de contextualiser le programme de cette recherche.
Idées et concepts centraux / théories	Le rôle infirmier participe à offrir un sentiment d'identité, de valeur, d'espoir et de sens de l'existence pour le patient. Toutefois il a été démontré que les soins spirituels sont insuffisants. Les patients dans le besoin doivent faire face seul dans leur lutte. Par conséquent, le patient tombe en détresse spirituelle et doit supporter de nouvelles souffrances souvent aggravées par des problèmes de douleur, de faible estime de soi, de sentiment d'isolement, d'impuissance, de désespoir et de colère. De plus, les preuves montrent que les soins infirmiers sont souvent

	<p>limités aux besoins physiques et que la spiritualité y est négligée. Il est important de reconnaître la nature durable de la spiritualité comme une expérience humaine importante. La population en général a un sens fort et croissant de la conscience spirituelle dans les sociétés occidentales. Un nombre croissant d'études suggère que la spiritualité a des avantages non négligeables pour la santé et peut conduire à l'amélioration des soins. La dimension culturelle a été aussi souvent négligée comme la spiritualité. Le manque de modèles de soins de santé spirituelle et culturelle se fait ressentir. Les objectifs de ce programme de recherche sont d'établir et de développer des études empiriques sur la spiritualité et la culture, de générer des connaissances et de diffuser les résultats sur l'importance des soins spirituels et culturels afin d'informer la formation infirmière pour la pratique. Deux domaines interdépendants sont mis en évidence : les dimensions spirituelles de l'éducation et la pratique des soins spirituels. Deuxièmement les dimensions culturelles des soins et un modèle pour les soins de la culture.</p>
Population / échantillon	<p>Echantillon d'infirmières représentant de domaine des soins aux adultes, aux enfants et en psychiatrie. Les échantillons de cette étude étaient de petite taille ce qui limite le nombre d'incidence pour l'analyse.</p>
Méthodes de récolte des données et analyse	<p>La méthodologie de base de la recherche a été respectée. Un questionnaire d'enquête comprenant à la fois des questions ouvertes et fermées a été utilisé pour obtenir des données. Il a été inspiré d'un questionnaire de Chadwick aux Etats-Unis de l'enquête de 1973 et réadapté pour atteindre l'objectif de l'étude. L'étude a été réalisée sur plusieurs années.</p>
Résultats	<p>Il y avait un manque de compréhension claire de ce que font les infirmières quand elles fournissent des soins spirituels. De ce fait l'auteur s'est aidé d'études antérieures afin de collecter des informations sur l'évaluation, la planification, la mise en œuvre des soins spirituels. Les résultats ont démontrés dans un premier temps que les besoins spirituels des patients étaient mal pris en compte en raison de la méconnaissance et du peu de compétences en la matière. De nombreuses infirmières indiquaient un désir de formation continue en soins</p>

	<p>spirituels. L'auteur a offert un programme d'enseignement pour mettre un accent sur les dimensions spirituelles dans les soins. Il est apparu que la compréhension globale de la spiritualité a été établie uniquement à partir de la tradition théologique chrétienne. Cette recherche implique une nouvelle compréhension de la spiritualité comme prise de conscience qui fait partie de la constitution biologique de l'espèce humaine. La spiritualité est présente chez tous les individus et elle peut se manifester sous diverses formes. La spiritualité évoque des sentiments qui démontrent l'existence de l'amour, la foi, l'espérance, la confiance, le respect et le concept de sens de l'existence. Elle se ressent particulièrement lorsque l'individu fait face à un stress émotionnel, une maladie physique ou la mort. L'étude met en lumière des résultats d'une recherche qualitative sur les mécanismes d'adaptation spirituels des patients atteints de maladies chroniques. La connexion avec Dieu par la prière et la connexion avec d'autres semblent être des parties significatives du processus de guérison des maladies chroniques. Les implications de cette étude sont que les patients peuvent bénéficier des interventions infirmières comme soutien afin de répondre à leurs besoins spirituels.</p>
<p>Discussion et implication pour la pratique</p>	<p>Il a émergé qu'il y avait un manque de modèle de soins spirituels et de formation. Les facteurs tels que les croyances religieuses, la pratique religieuse, l'absolution, la recherche de connexion, le confort et le réconfort, la recherche du sens et du but peuvent aider à identifier les besoins spirituels. Les interventions pour répondre aux besoins spirituels comprennent le respect de la vie privée, aider les patients à se connecter, aider à compléter l'inachevé, l'écoute des préoccupations des patients, le réconfort en rassurant, aider aux croyances religieuses personnelles et observation des croyances et pratiques religieuses. Les deux modèles ASSET et ACCESS offrent des cadres pour la pratique des soins spirituels. De plus elle renforce l'idée de la théorie que la trajectoire de la maladie chronique implique un mécanisme d'adaptation spirituel.</p>
<p>Propre questionnement,</p>	<p>Les deux modèles de l'auteur sont importants car ils donnent des pistes qui pourraient aider à mettre en pratique les soins spirituels.</p>

lien avec la question de recherche	
---	--

Le Modèle ASSET

La conscience en soi : la clarification des valeurs, la sensibilité et la tolérance

La spiritualité : l'holisme, évaluation à l'aide d'un guide d'évaluation spirituelle

La dimension spirituelle en soins infirmiers : planification et mise en œuvre, attention à l'individualité, la vie privée, être un compagnon dans la souffrance, construction de relation de confiance, planification des soins spirituels axée sur les besoins, être compétent dans le conseil, positiver la relation infirmière-patient

Le Modèle ACCESS

Evaluation : aspects culturels du mode de vie du patient, les croyances et les pratiques de santé

Communication : variation des réponses verbales et non verbales

La négociation et le compromis culturel : devenir conscient des aspects de la culture

Etude 3

Auteurs: Van Leeuwen R, Tiesinga L. J., Post D. & Jochemsen H.

Année: 2006

Source: Journal of Clinical Nursing, 15, 875-884

Titre: Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility

Devis: étude qualitative

Pertinence de l'étude: 20/22

Problématique et visée de l'étude	<p>Cette étude vise à mieux comprendre les aspects spirituels dans les soins infirmiers, fournit des recommandations pour le développement des soins dans ce domaine et participe à la promotion de l'expertise professionnelle de l'infirmière. Le problème réside dans le fait qu'il y a trop de différentes conceptualisations de la spiritualité dans la littérature des soins infirmiers, une signification universelle est impossible. De plus, l'interprétation religieuse de la spiritualité est problématique pour une évaluation adéquate des besoins spirituels en particulier non-religieux des patients et la spiritualité joue un rôle vital dans la vie des patients. Le problème en question est de savoir si les infirmières peuvent gérer certains aspects de la spiritualité par elles-mêmes. Cette étude montre les différentes dimensions de la spiritualité en décrivant trois domaines de compétences des infirmières : la conscience en soi et la communication, les dimensions spirituelles dans le processus des soins infirmiers et l'assurance qualité et le développement de l'expertise sur les soins spirituels. La littérature montre donc que les soins spirituels font partie du domaine des soins infirmiers mais qu'il y a encore des questions auxquelles il faut répondre sur le contenu et les frontières. Peu de données empiriques sont disponibles sur cet aspect des soins. L'étude vise donc à répondre à la question de quelle façon les infirmières prêtent attention aux besoins spirituels des patients.</p>
--	--

Idées et concepts centraux/Théories	<p>Les soignants devraient prêter attention aux aspects spirituels des soins aux patients, le rôle de la spiritualité est reconnu par les professionnels. La dimension spirituelle est de plus en plus au centre des attentions, malgré cela, il y a un manque de données empiriques dans la pratique professionnelle. Cela signifie la connexion du corps, de l'âme et de l'esprit. Les infirmières en donnant ces soins sont fortement confrontées à leur spiritualité.</p>
Population/échantillon	<p>L'échantillon est constitué des domaines spécialisés de la cardiologie, l'oncologie et la neurologie (=service aigu), et sont divisés en groupes comprenant des patients, des infirmières et des aumôniers. Les interviews ont eu lieu entre Mai et Décembre 2004. Les critères d'inclusion sont les suivants : les infirmières sont diplômées depuis au moins 4 ans et travaillent au moins à 50%, les patients ont une expérience récente d'au moins deux ans et les aumôniers ont au moins 5 ans d'expérience dans les hôpitaux. Les groupes contenaient 5-6 participants. Les participants étaient compatibles avec les idées judéo-chrétiennes et humanistes. La recherche n'a pas été validée par un comité éthique car elle ne présentait pas de risque ou de dépendance. Avant que les participants acceptent, ils ont reçu des informations détaillées sur la recherche et leur rôle. Ils pouvaient se retirer à tout moment dans le processus.</p>
Méthodes de récolte des données et analyse	<p>Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues composées de questions ouvertes et de groupe de discussion. Les données ont été analysées qualitativement en utilisant le programme informatique Kwalitan et respectent la recherche systématique. Dans le cas de cette étude, la méthode a permis aux chercheurs d'obtenir les perceptions des personnes. L'effet dynamique du groupe permet aux participants de souligner les similarités et les différences et les encourager à examiner leurs propres expériences et points de vue. La petite taille des groupes a permis d'installer un climat de confiance. Le rôle de l'animateur était important pour assurer que tous les participants aient leur mot à dire lors des discussions car certains sont plus dominants que d'autres et cela pourrait affecter la fiabilité et la validité de la recherche. Les participants avaient reçu au préalable une définition de la spiritualité. Les entretiens ont été enregistrés et un rapport a été fait au cours de chaque entrevue.</p>

Résultats	<p>Différents thèmes spirituels ont été dégagés des entrevues. Les attentes sur le rôle de l'infirmières en matière de soins spirituels étaient différentes. L'aspect spirituel dans le processus des soins infirmiers n'est pas clair, il semble être très dépendant de l'expression personnel et l'engagement personnel. Les résultats ont été classés en 6 compétences : la gestion des valeurs propres et les convictions (les attitudes, les émotions, la relation de confiance), la communication avec le patient (aptitude, problèmes), l'anamnèse afin d'établir le besoin (planification, identification, organisation des soins), interdisciplinarité, la qualité des soins et l'amélioration de l'expertise professionnelle (formation).</p> <p><u>La propre spiritualité des infirmières</u> : influencé par leur propre expérience, éducation ou histoire de vie. Les infirmières plus âgées accordent plus d'attention aux aspects spirituels. Il y a une différence selon les patients, entre les infirmières religieuses ou non, il y avait plus de connexion avec les soignantes religieuses. L'infirmière ne doit rien imposer mais partager. La relation doit être basée sur la confiance.</p> <p><u>L'attitude de l'infirmière</u> : sensible, humaine, chaleureuse, attentionnée, bien informée, impliquée. Elle doit montrer le respect et ne pas juger les gens qui ont des différents points de vue.</p> <p><u>Les émotions infirmières</u> : L'impuissance, conflit interne, être personnellement touchée. Dans de nombreux cas, la situation ne sera pas discuter avec le patient mais elle conduit à la réflexion personnelle.</p> <p><u>Communication infirmière-patient</u> : Dans la plupart des cas, les conversations à thèmes spirituels avaient lieu pendant la soirée ou la nuit quand il y avait du temps. Les conversations sont apparues spontanément sans forme de planification. Le fossé des générations peut être un obstacle. Le manque d'intimité est également un facteur décisif.</p> <p><u>Plan d'évaluation et soins infirmiers</u> : l'entrevue d'admission n'est souvent pas le bon moment car la base de confiance n'est pas encore là et pourrait enclencher une réaction défensive chez le patient</p> <p><u>Les interventions</u> : les interventions spirituelles comprennent les aspects liés à l'attitude des infirmières et à la communication. Les infirmières ont souvent prié avec le patient et des outils ont été utilisés</p>
------------------	---

	<p>comme des images et des modèles afin de faire exprimer le patient.</p> <p><u>Les limites personnelles</u> : il est important de ne pas franchir les limites personnelles de la personne</p> <p><u>Interdisciplinarité</u> : infirmière a le rôle d'avocate du patient. Les réunions d'équipe pour discuter de ces sujets-là sont importantes car elles créent une compréhension mutuelle entre les soignants et la confiance.</p> <p><u>Le temps</u> : parfois les patients voient les infirmières très occupées et comprennent qu'ils ont peu de temps et d'attention pour une conversation. Mais l'étude souligne l'importance des priorités et de choisir le bon moment. Une équipe soudée, bien informée au sujet des patients, une vision fondée sur une attention personnelle aux patients, une attitude positive et une bonne ambiance au sein de l'équipe sont des facteurs favorables.</p> <p><u>La formation</u> : trop peu d'attention au cours de la formation de base infirmière est accordée aux soins spirituels. Un besoin de formation supplémentaire est relaté portant sur des sujets tels que les méthodes de conversations spirituelles et comment appliquer ces soins. Des informations sur les mouvements spirituels et religieux, les langues et les traditions étaient ressenties comme un besoin par les infirmières.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>L'étude soulève des questions au sujet du rôle professionnel de l'infirmière en matière de soins spirituels. L'étude montre que différents facteurs personnels, culturels et éducatifs jouent un rôle dans la prise en charge des soins spirituels. Pour assurer ces soins, les infirmières ont besoin d'être bien informées en ce qui concerne le contenu des soins spirituels et les facteurs personnels, professionnels, culturels et politiques qui l'influencent. L'infirmière se doit de participer à la politique et la prise de décision des discussions de soins spirituels dans la pratique. Les résultats suggèrent que l'attention sur les questions spirituelles dans les processus des soins infirmiers est présente mais pas claire. Cela soulève des questions sur la relation entre la responsabilité professionnelle de l'infirmière et ses convictions personnelles en matière de soins spirituels. La recherche montre aussi que les expériences et les attentes au sujet du rôle de l'infirmière varient selon les patients et les soignants. L'étude indique également que les activités de soins de base spirituels sont la présence, l'écoute et le respect. Mais</p>

	démontre que ces aspects de soins sont mal intégrés dans la pratique. D'autres études montrent que les infirmières ayant suivi des programmes de formation supplémentaires ont une plus grande conscience spirituelle et approfondissent leur relation avec les patients.
Propre Questionnement en lien avec la question de recherche	Cet article est très intéressant car il met bien en valeur les obstacles et les facteurs aidants la prise en charge des soins spirituels pour les infirmières. Il donne des pistes importantes pour la pratique et fait prendre conscience de quelques éléments qu'il faut prendre en compte afin de déceler les situations propices au partage spirituel. Il est donc important de ne rien imposer mais de partager ces moments, selon les attentes du patient et d'être un guide dans sa quête de sens et de questionnement face à la maladie. De plus, cet article met en évidence la notion importante de compétence et d'investissement qui teintent toute profession. La propre spiritualité de l'infirmière est également une composante importante de facteurs personnels qui influence ce domaine. Je suggère que les recherches futures devraient se concentrer davantage sur les facteurs qui influencent les soins spirituels afin de clarifier la responsabilité professionnelle de l'infirmière dans ce domaine.

Etude 4

Auteurs: Yuet Foon Chung L., Kam Yuet Wong F. & Fai Chan M., School of Nursing, The Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Kowloon, Hong Kong

Année: 2007

Source: Journal of Advanced Nursing, 58, 158-170

Titre: Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care

Devis: quantitatif corrélation

Pertinence de la recherche: 22/22

Problématique et visée de l'étude	Cette étude vise à examiner la relation entre les infirmières et la pratique de la spiritualité. C'est un débat sur la notion de la pratique et de l'enseignement de la spiritualité. Elle souligne l'importance de la compréhension. La spiritualité est définie dans cette recherche comme la relation avec soi-même et la dimension au-delà de soi. Cette étude vise également à déterminer les facteurs qui contribuent au soin spirituel. Cet article démontre que la propre spiritualité des infirmières influence les soins spirituels. De plus, la religion ne doit pas être assimilée à la spiritualité.
Idées et concepts centraux/théories	Il y a un intérêt et un engagement grandissant pour les soins spirituels dans la pratique infirmière. La spiritualité est souvent considérée comme insaisissable. Malgré cela, les infirmières devraient évaluer les besoins spirituels des patients et en fournir. La dimension spirituelle est considérée comme une étape importante mais elle n'est souvent pas mise en pratique. En effet, les infirmières négligent les soins spirituels en les déléguant parfois à l'aumônier et surtout si elle est considérée comme un rituel religieux. Il existe de nombreuses définitions de la spiritualité et son concept est considéré comme subjectif ce qui représente la vision des gens de tous les horizons. Elle est ainsi un phénomène humain universel inhérent à chacun et son degré de sensibilisation varie. Beaucoup de

	<p>théories en soins infirmiers affirment que les soins holistiques comprennent le corps et l'esprit. Parse a continué le travail dans ce domaine en développant la théorie de l'humain en devenir qui suppose que les êtres humains sont ouverts, peuvent choisir librement par le biais de transactions continues avec l'environnement. Selon Watson (1999) l'acte spirituel dans les soins est fondamental et aide les patients à atteindre une plus grande conscience de soi, l'harmonie avec son corps, l'esprit et l'âme. En bref, les chercheurs en soins infirmiers sont d'accord que les humains sont des êtres bio-psycho-socio- spirituels. Certains pensent que les soins spirituels sont le noyau alors que d'autres les traitent comme une dimension isolée. Un des obstacles est le manque de clarté dans la signification de la spiritualité. La spiritualité est une quête de sens et de but et est considérée comme l'aspect existentiel. La recherche du sens ne fournit pas uniquement une force de motivation mais aussi un cadre de référence pour justifier le comportement. Prendre soin de soi est un facteur important dans la découverte du sens. Cela facilite la conscience en soi, promouvoit la guérison et la transformation. Le rôle des infirmières est d'encourager les clients à des activités de trouver un sens. Notre relation avec nous-mêmes se réalise à travers nos pensées, émotions et sentiments. Il faut faire face à nos propres faiblesses personnelles en travaillant vers le changement. Il faut atteindre l'équilibre dans les relations interpersonnelles. Cette poursuite vers l'équilibre peut être exprimée à travers des activités telles que la réflexion, la méditation, la prière, l'art, la musique et l'appréciation de la nature. Il faut intégrer l'être humain tout entier en développant la force intérieure et la paix, ainsi que de transcender les limites. La spiritualité est de nature transcendante, dynamique, à la recherche continuelle de trouver l'enrichissement. La spiritualité désigne le noyau profond de la personnalité. Cette étude identifie les formes les plus fréquentes de la spiritualité offertes par les infirmières sont :l'écoute, le toucher, être présent, prier, utiliser des objets religieux, parlé avec un peintre, participer aux services religieux, lire la bible, véhiculer une attitude bienveillante, le non-jugement, la validation des sentiments et des pensée, inculquer l'espoir, discuter les question en profondeur, suggérer aux clients de chercher de l'aide, renvoyer aux experts spirituels et informer les patients sur les ressources locales. Des interventions telles que la visualisation, l'imagerie guidée, le travail du rêve, le toucher thérapeutique ou la thérapie du Reiki sont considérés comme des moyens d'aider à guérir les âmes. Mais les infirmières et certains patients peuvent se sentir mal à l'aise et pas convaincus de l'efficacité de telles interventions. En effet, des chercheurs ont trouvé que les soins spirituels qui étaient moins intimes, couramment utilisé et non ouvertement religieux sont les</p>
--	--

	bienvenus.
Population/Echantillon	61 étudiants en sciences infirmières à Hong Kong ont répondu à cette recherche. La moitié d'entre eux ont signalé leur appartenance religieuse. Un panel de quatre experts : trois infirmières et un chercheur d'un centre d'éducation holistique ont validé la recherche. Un comité éthique a approuvé l'étude.
Méthodes de récolte des données et analyse	Un questionnaire a été adressé avec 27 questions divisées en 5 points selon l'échelle de Likert et la NSDSC. Afin d'éviter les biais des réponses ont été formulées de manière inverse. Quatre dimensions ont été identifiées : la relation avec l'au-delà, la compréhension de la spiritualité, la pratique et la relation avec soi-même.
Résultats	Les résultats ont démontré que les infirmières n'ayant aucune croyance religieuse intégraient plus les soins spirituels que celles qui avaient une religion. La relation avec soi et avec l'au-delà est un facteur significatif dans la pratique des soins spirituels. Une corrélation entre la spiritualité des infirmières et la compréhension des soins spirituels est logique. Ce constat est différent de ceux des autres études qui montrent que les infirmières spirituellement auto-impliquée est un facteur important dans la pratique. Les résultats démontrent également une relation selon l'âge, l'expérience de travail. L'importance de la relation avec soi est montrée à travers la nécessité d'un développement continu en cherchant une plus grande conscience en soi, la plénitude et un sentiment de satisfaction. La relation avec soi qui est satisfaite aide à comprendre les autres. De plus la religion est négativement associée à la spiritualité, il y a des réclamations sur le fait que la spiritualité est égal à la religion, cela nous rappelle à différencier la religion de la spiritualité. Le terme de religion est généralement utilisé pour décrire un système fixe des engagements idéologiques, qui régissent la conduite des membres, les rites et les pratiques utilisées dans le système d'adoration. La spiritualité est personnellement vécue et interprétée. Seul l'individu peut parler aux autres de sa spiritualité qui se caractérise par des significations personnelles qui définissent l'identité, le but de la vie, le bien-

	être, la maladie et les relations avec les autres.
Discussion et implication pour la pratique	<p>La capacité des infirmières à pratiquer des soins spirituels dépend du développement personnel, professionnel et spirituel. Il est clair que si les infirmières ne tiennent pas compte de leur santé spirituelle ou des questions spirituelles dans leur vie il sera difficile de répondre aux besoins spirituels des patients. La formation joue un rôle important dans l'élaboration des stratégies qui permettent aux étudiants et aux soignants d'élaborer leur propre spiritualité et de fournir des soins spirituels. Les stratégies utiles sont d'encourager les gens à vivre une vie équilibrée et promouvoir un environnement bienveillant. D'autres impliquent de se soutenir mutuellement professionnellement dans la recherche et la pratique des soins spirituels. La connaissance d'une religion ne révèle pas tous les aspects de leur spiritualité. Il serait simpliste de dire que les infirmières devraient évaluer les besoins spirituels et fournir des soins spirituels sans tenir compte de l'unicité des spiritualités et des aspects pratiques pour la pratique. Par conséquent, la promotion de la spiritualité ne pas être prescrite.</p>
Propre questionnaire Lien avec la question de recherche	<p>Comme ce n'est pas représentatif de la population cette étude ne peut pas être généralisée. Ces résultats peuvent s'ajouter à d'autres travaux empiriques sur la spiritualité. la prise en charge holistique est possible lorsque les infirmières ont conscience de soi. Une infirmières défragmentée ne peut pas apporter un sens de l'harmonie au patient. En revanche les infirmières avec une conscience de soi peuvent s'occuper et prêter attention aux préoccupations des patients. Des suggestions sont faites pour l'enseignement infirmier afin de favoriser la santé spirituelle dans les soins.</p>

Etude 5

Auteur: Baldacchino D. R., Lecturer, Coordinator of Health Sciences, Coordinator of Nursing Research Institute of Health Care, University of Malta, Malta

Année: 2006

Source: Journal of Clinical Nursing, 15, 885-896

Titre: Nursing competencies for spiritual care

Devis: étude descriptive qualitative

Pertinence de l'étude: 22/22

Problématique et visée de l'étude	Le but de cet article est de révéler les compétences spirituelles en soins infirmiers.
Idées et concepts centraux / théories	Les soins spirituels peuvent être influencés par la culture qui est une force puissante pour façonner les croyances, les comportements et ainsi diriger le sens de la vie par ses expériences. La dimension spirituelle dans les soins infirmiers a commencé à émergé dans les deux dernières décennies lorsque les chercheurs et les praticiens reconnus de sa priorité dans les soins. En observant la vie de Malte, l'auteur a remarqué que pendant la maladie les relations familiales se rapprochent. Malte dispose d'une orientation chrétienne : dieu est présent et accessible à tous afin d'aider dans les moments de détresse. Les aumôniers viennent visiter les patients régulièrement. Les pratiques religieuses sont facilitées et une liste de pasteurs de différentes confessions est à disposition. Le Conseil international des infirmières CII, 2000), précise le rôle de l'infirmière dans la promotion « d'un environnement dans lequel les droits de l'homme, valeurs, coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et la collectivité sont respectées ». Pendant la

	<p>maladie, le sens de la vie peut être mis en danger soudainement par l'apparition de cette dernière. Les individus peuvent passer par une période de réflexion et de réévaluation de leur vie dans une tentative de donner un sens à leur maladie. la détresse spirituelle peut résulter de l'incapacité des patients à trouver des sources de sens, d'espoir, la force et la connexion dans la vie lorsque des conflits surgissent entre leurs croyances et leur maladie. la détresse spirituelle est préjudiciable à la santé des patients. L'infirmière doit donc prendre un rôle actif dans la satisfaction des besoins spirituels de leurs patients. Des recherches précédentes avaient identifiées six compétences de base : le lien thérapeutique patient- soignant, la disponibilité et la présence, l'écoute active, l'empathie et la compassion, la facilitation des pratiques religieuses, aider les patients à avoir du temps calme et de l'espace, aider les patients à compléter l'inachevé, l'aiguillage vers les aumôniers ou les autres professionnels. C'est par ce cheminement que les infirmières sont capables de maintenir l'intégrité des patients. La recherche a démontré que les croyances et les valeurs personnelles de l'infirmière peuvent influencer sur les soins spirituels ainsi que la volonté de donner d'elles-mêmes, leur niveau de sensibilité et de spiritualité, la hiérarchisation de la spiritualité dans leur vie et leur culture.</p>
Population/échantillon	<p>Toutes les infirmières qualifiées (n=215, les femmes n=160, les hommes n=55) âgées de 21-55 ans ont été invitées à participer. Elles travaillent dans les hôpitaux aigus des hôpitaux de Malte et de Gozo en 2000. le taux de réponse faible était de 36% (n=77, dont 75 catholiques et 2 d'autres confessions). Toutefois le taux de réponse était de 80% chez les hommes (n=45) et 20% (n=32) chez les femmes. Un échantillon de 14 infirmières a été sélectionné parmi les répondants. Les infirmières étaient âgées de 22-47 ans et toutes catholiques avec un minimum d'expérience de cinq ans dans un service médical. La partie quantitative a recueilli des données telles que l'âge, le statut dans les soins, l'enseignement, l'expérience, la religion et les connaissances spirituelles. La partie qualitative a renseigné sur le type de détresse spirituelle des patients. Une entrevue a été ensuite réalisée avec consentement. Elles ont été enregistrées et retranscrite.</p>
Méthodes de récolte	<p>C'est une étude exploratrice descriptive dans la prestation des soins spirituels aux patients atteints d'un infarctus du myocarde. Les données ont été recueillies en deux étapes au moyen d'un</p>

des données et analyse	<p>questionnaire ouvert auprès d'infirmières qualifiées (n=77) suivie d'une entrevue en profondeur sur le même échantillon (n=14). Les données ont été analysées par le cadre de Burnard (1991). Les thèmes qui ont émergé ont été identifiés par compétences : le rôle de l'infirmière en tant que professionnelle et individu, la prestation de soins spirituels par les quatre étapes du processus de soins infirmiers, la communication des infirmières avec les patients, l'équipe interdisciplinaire et la formation, la sauvegarde des questions éthiques dans les soins.</p>
Résultats	<p>Les quatre principales compétences infirmières identifiées sont la communication des infirmières avec les patients, l'équipe interdisciplinaire, la formation et la sauvegarde des questions éthiques en matière de soins.</p> <p><u>Le rôle de l'infirmière en tant que professionnel :</u></p> <p>Des signes de détresse spirituelle chez le patient ont été montrés mais les infirmières se sentent incompetentes dans cette prise en charge. Elles se sentent frustrées. La cause est le manque de préparation dans leur formation. Elles s'en remettent la plupart du temps à l'aumônier. De plus, elles ont tendance à associer spiritualité avec religiosité. La poursuite de formation continue pour améliorer leurs soins. Ces séances devraient également inclure les aumôniers et les membres de l'équipe interdisciplinaire pour avoir une perspective plus large. Les recherches soulignent l'importance du travail d'équipe et non pas simplement diriger le patient vers un aumônier. Les infirmières doivent apprendre sur les différents besoins des différentes cultures comme les stratégies d'adaptations, les régimes alimentaires ou encore les rituels.</p> <p><u>Le rôle de l'infirmière en tant qu'individu :</u></p> <p>L'infirmière doit avoir une conscience spirituelle. La question de sa propre spiritualité doit être posée. Cela implique donc une autoréflexion sur ses valeurs et ses croyances pour améliorer la prise en charge des soins spirituels. C'est par la réflexion sur son expérience de vie que l'on peut mieux comprendre les autres.</p>

La prestation des soins spirituels par le processus de soins infirmiers :

L'évaluation des besoins spirituels des patients est complexe. Les soins doivent être basés sur une relation de confiance entre l'infirmière et le patient ce qui pourrait être renforcé par l'organisation des soins infirmiers. Une bonne communication et une relation de confiance entraînent des résultats positifs. Il faut faire avec les contraintes de temps, de surcharge de travail, du manque d'intimité, la perception que les soins spirituels est le seul domaine de l'aumônier, le manque d'expérience, les religions différentes qui peuvent entraîner les conflits. Pour ce faire il faut une bonne coordination entre les membres de l'équipe interdisciplinaire, une bonne formation et le droit à la vie privée. La communication avec l'empathie, l'extension des soins physiques aux soins holistiques, un environnement calme et paisible, accepter les limites de la situation, identifier les aspects positifs de la situation, instiller l'espoir pour l'avenir, aider à trouver un sens et un but dans la vie, le renforcement de la relation patient-famille soulage la détresse spirituelle. Les résultats suggèrent que les infirmières semblent donner des soins sur un sens unique sans prendre l'initiative d'évaluer l'impact de leurs soins sur le soulagement de la détresse spirituelle. Les raisons identifiées étaient le manque de prise de conscience de la nécessité d'une évaluation. Par conséquent les soins spirituels peuvent être améliorés par la formulation d'une liste de compétences qui pourraient guider les infirmières à prodiguer ces soins systématiquement. Cela implique également l'utilisation d'outils d'évaluation des besoins spirituels comme la Détresse Carpenito outil Indicateur spirituel, JAREL spirituel bien-être et l'échelle d'évaluation Howden. L'infirmière peut également aider le patient à voir le côté positif de la situation en encourageant le partage d'expériences avec d'autres patients, en impliquant la famille dans les soins et en aidant à maintenir les relations avec la famille et les liens sociaux, en facilitant les stratégies d'adaptation spirituelles ou les rituels, en aidant les patients à avoir une attitude positive face à leur avenir, en communiquant avec les patients en tenant compte de leur point de vue culturel.

L'équipe interdisciplinaire :

Les résultats ont indiqué la nécessité d'une amélioration de la communication et de la coordination entre l'infirmière et les membres de l'équipe interdisciplinaire, y compris le département de

	<p>formation.</p> <p><u>Sauvegarde des questions éthiques :</u></p> <p>La confidentialité est un dilemme éthique. Les infirmières respectent le code éthique du maintien de la confidentialité et du consentement éclairé avant de soumettre une situation à d'autres membres de l'équipe. Par conséquent il est de la responsabilité de l'infirmière d'être le défenseur des patients et la personne de liaison entre les autres professionnels.</p>
<p>Discussion et implication pour la pratique</p>	<p>Cette étude a démontré la complexité des soins spirituels. L'évaluation de l'état spirituel des patients pendant la maladie et la mise en œuvre des soins holistiques est recommandée par le code de soins infirmiers et l'éthique. Ces résultats permettront aux infirmières de considérer l'importance des soins spirituels, ce qui pourrait leur permettre d'aider les patients à trouver un sens et un but pendant les périodes de maladie. l'accent devrait être mis sur la formation et l'éducation. Les résultats suggèrent donc d'être en harmonie avec sa propre spiritualité pour leur permettre de devenir plus compétentes dans la prestation des soins spirituels.</p>
<p>Propre questionnement, lien avec la question de recherche</p>	<p>Il faudrait donc aux infirmières plus de formations continues sur les soins spirituels pour améliorer leur prise en charge. Ces programmes éducatifs devraient inclure les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire. Les infirmières devraient donc prendre l'initiative en augmentant leurs connaissances sur les soins spirituels et donner la priorité à la réflexion dans et sur leur pratique. La direction de l'hôpital devrait aider les infirmières par des équipes de soutien.</p>

Etude 6

Auteurs: Noble A. & Jones C.

Année: 2010

Source: International Journal of Palliative Nursing, 16, 565-569

Titre: Getting it right: oncology nurses' understanding of spirituality

Devis: qualitatif

Pertinence de l'étude : 20/22:

Problématique et visée de l'étude	Le but de cette étude est d'explorer la compréhension de la spiritualité des infirmières en oncologie. De cette analyse, les auteurs ont mis en évidence cinq thèmes : la compréhension de la spiritualité, la propre spiritualité des infirmières, les compétences requises en matière de spiritualité, les contraintes et les barrières dans la prise en charge des soins spirituels et la formation. Le problème que relève cette étude est les diverses définitions trouvées par les auteurs de la spiritualité. De plus, l'impact de la propre spiritualité des infirmières est analysé un peu plus en détail. La visée de l'étude est également d'élaborer un model.
Idées et concepts centraux /théories	La culpabilité et le stress sont en inadéquation avec la prise en charge spirituelle. Le manque de temps est vu souvent comme un obstacle et le manque d'entraînement et de formation également. Donc cette recherche montre l'importance d'améliorer la prise en charge de la spiritualité dans les soins. En effet, le terme spiritualité est ouvert à toutes sortes d'interprétations et cela semble en contradiction avec ce que constituent essentiellement les soins spirituels. Depuis ces dernières décennies, l'importance de la spiritualité dans les soins est en forte croissance. Des études montrent que les croyances spirituelles peuvent être un facteur significatif dans la qualité de vie et le bien-être des patients. En outre, de récentes recherches suggèrent que la spiritualité affecterait les résultats

	cliniques de manière importante.
Population/échantillon	Pour ce faire, les auteurs ont recruté sept infirmières d'un service d'oncologie.
Méthodes de récolte des données et analyse	<p>Pour récolter les données, les auteurs ont fait une interview semi-structurée ainsi des groupes de débat. Les interviews ont été retranscrits par écrit afin d'identifier des thèmes et d'élaborer un modèle. Les auteurs ont mis en évidence cinq thèmes : la compréhension de la spiritualité, la propre spiritualité des infirmières, les compétences requises en matière de spiritualité, les contraintes et les barrières dans la prise en charge des soins spirituels et la formation.</p> <p><u>La spiritualité et la religion</u> : il est important de faire la distinction entre les deux car leur sens est tout à fait différent. Le concept de spiritualité implique la connexion avec soi, la connexion avec les autres, la congruence avec ses valeurs, l'amour et l'espoir. La religion, quant à elle, a trait à un système de croyances. La spiritualité est un concept universel pour tous mais particulièrement important lors de menace du bien-être. beaucoup de gens ne sont pas conscient de la présence de la dimension spirituelle dans leur propre vie et n'en voit pas la nécessité.</p> <p><u>La prise en charge spirituelle</u> : l'étude démontre qu'il y a une notion insaisissable dans cette prise en charge où l'idée de soi et l'expérience personnelle ont une grande importance. En effet, il n'est pas évident d'intégrer et de donner des soins spirituels. Beaucoup de facteurs influencent cette prise en charge comme la propre expérience de vie ainsi que les croyances.</p>
Résultats	L'étude met une nouvelle fois en évidence les différentes définitions de la spiritualité. La plupart des participants trouvent pourtant de bien différencier la spiritualité de la religion. De plus, les résultats ne montrent pas une relation entre les données démographique et la compréhension de la spiritualité des infirmières qui ont participé. De cette analyse, les auteurs ont mis en évidence cinq thèmes : la compréhension de la spiritualité, la propre spiritualité des infirmières, les compétences requises en matière de spiritualité, les contraintes et les barrières dans la prise en charge des soins spirituels et

	<p>la formation.</p> <p><u>La compréhension de la spiritualité</u> : chacun a une compréhension différente de ce terme car le concept est propre à chacun. La spiritualité est souvent vue par les participants comme une composante de la religion mais par contre, il est ressorti qu'une personne qui n'est pas croyante peut être « spirituelle ». Pour la plupart des infirmières, entamer le sujet avec le patient est souvent difficile.</p> <p><u>La propre spiritualité des infirmières</u> : il est difficile d'évaluer les besoins spirituels autant pour les patients que pour elles. Parfois, ces soins peuvent être accompagnés de stress et de culpabilité.</p> <p><u>Les compétences requises</u> : il faut que l'infirmière ait une bonne communication, qu'elle montre une bonne compréhension de ce concept et qu'elle soit capable d'identifier les besoins des patients. La réflexion autour de la question de la spiritualité est également importante.</p> <p><u>Les contraintes et les barrières</u> sont souvent le manque de temps et le fait que ce genre de prise en charge n'est souvent pas prioritaire.</p> <p><u>La formation</u> : le manque de formation et le peu de connaissance à ce sujet est un point important relevé. L'esprit d'équipe est également un point mis en évidence.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Des recherches significatives ont été faites afin d'explorer la question. Il y a des relations entre les âges, les niveaux, les statuts et l'expérience en regard des compétences requises dans ce domaine. Tous les soignants sont loin d'être confortable avec ce sujet. Cependant, les infirmières avec plus d'expérience ont une meilleure compréhension du concept de spiritualité, des questions éthiques, des responsabilités individuelles pour ce genre de prise en charge : Il est très difficile d'évaluer ces besoins pour elles, mais ces dernières sont plus à l'aise avec le patient. De plus, les jeunes infirmières sont moins conscientes de leur propre spiritualité et ont du mal à aborder ces thématiques avec les patients. Même s'il y avait beaucoup de définitions différentes tous étaient d'accord de relier la spiritualité avec le bien-être, la paix, l'harmonie et le confort. De part leur méconnaissance du</p>

	<p>sujet, les participants étaient vagues et ambigus avec certaines bases spirituelles. Beaucoup de gens se sentaient stressés avec cette prise en charge ou ressentaient de la culpabilité envers leur non-habileté à promulguer ces soins. Tous les participants étaient d'accord pour dire que donner des soins spirituels n'est pas facile. La spiritualité peut devenir une question de désir avec lequel les infirmières se sentent vulnérables. Il est apparu que les participants trouvent importants de prendre conscience de l'importance des soins spirituels.</p>
<p>Propre questionnaire</p> <p>Lien avec la question de recherche</p>	<p>Encore une fois cette étude démontre que le manque de connaissances et de cours lors de la formation relèvent beaucoup de questions. Les infirmières se sentent pauvrement préparées à ce genre de soins. La peur et l'anxiété démontrent le peu de compétences dans l'évaluation spirituelle. La limitation de l'étude réside dans le fait de la petite échelle de participants, elle ne peut donc pas être généralisée mais donne des pistes de recherches pour le futur. La spiritualité est un sujet complexe qu'il est difficile à définir. L'impact de la propre spiritualité des infirmières sur les soins spirituels est identifié. Il y a des sentiments partagés sur le fait de se sentir capable ou non de donner des soins spirituels certaines infirmières se sentent stressées ou coupables. Une bonne communication est essentielle. Le manque de temps est encore une fois vu comme une barrière importante. Une meilleure formation et un meilleur entraînement sont les bienvenus, ceci est l'accablant besoin exprimé par les infirmières pour devenir préparées de manière adéquate.</p>

Etude 7

Auteur: Ekedahl M. A. & Wengström Y.

Année: 2009

Source: European Journal of Cancer Care, 19, 530-537

Titre: Caritas, spirituality and religiosity in nurses' coping

Devis: étude qualitative

Pertinence la recherche: 21/22

Problématique et visée de l'étude	Le but de cette étude est d'étudier les processus d'adaptation des infirmiers surtout les aspects spirituels. Cette recherche présente les résultats relatifs aux aspects spirituels de l'infirmière en oncologie. La question est de savoir quelle fonction joue la spiritualité dans leur travail. De plus, une définition large de la spiritualité qui amène les questions existentielles. Cette définition apporte la question de la vie après la mort.
Idées et concepts centraux/théories	Les infirmières sont un groupe de professionnels dont le travail les met en contact avec des situations stressantes de la vie. Dans leur rencontre avec les patients, leurs proches et les soignants dont ils traitent de la souffrance et la mort, sont confrontés à des problèmes existentiels. Beaucoup de recherches ont démontré que le stress est très fréquent dans les soins, en particulier chez les infirmières de soins chroniques. Ainsi, des processus d'adaptation sont nécessaires. De plus, des recherches ont révélé qu'elles ont peu de connaissance théoriques sur les questions existentielles donc spirituelles alors qu'elles présentent vouloir tenir compte de ces besoins-là. Et des études ont trouvé des facteurs qui influencent les soins spirituels comme la religiosité, la non-organisation, la croyance en Dieu et la croyance en la vie après la mort. Le système d'orientation est un élément central du processus d'adaptation : il se compose d'habitude, de valeurs, de relations, de croyances

	et de personnalité. C'est un cadre de référence, un modèle de soi-même. Depuis longtemps, il y a un débat sur la définition de la spiritualité. Mais elle est, sans aucun doute, influencée par le contexte social, institutionnel et culturel.
Population/échantillon	La population est formée de 15 infirmières suédoises, 13 femmes et 2 hommes, travaillant dans un service d'oncologie et des services ambulatoires pour les patients atteints de cancer stade terminal. La technique boule de neige a été employé dans la sélection et les informateurs ont été recrutés avec l'aide de chercheurs en sciences infirmières. Douze infirmières travaillent de jour et trois travaillent de nuit. Trois ont de 30-40 ans, huit de 41-50 et quatre de 51-60.
Méthodes de récolte des données et analyse	Cette étude est qualitative et son approche est l'histoire de vie. L'accent est mis sur la personnalité et sur la confrontation avec des questions existentielles. Elle utilise les histoires pour décrire les actions de l'homme. Elle est basée sur le fait que l'individu est considéré comme possédant l'intention et la conscience et de ce fait est capable de donner un sens à la vie. Elle est inductive. Le matériel utilisé est constitué d'entrevues. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés d'une durée de 60 à 120 min. les interviews ont eu lieu dans une salle privée sauf un au domicile du participant. Les entrevues ont été enregistrées, retranscrites mot à mot, puis envoyée au participant concerné afin qu'il apporte des modifications et des commentaires. Le comité de recherche régional a approuvé l'étude. L'analyse a été menée en deux étapes : catégorisation des thèmes donc inductive et perspectives théoriques.
Résultats	L'orientation spirituelle a été considérée comme une ressource. La diversité et la cohésion de l'équipe a été considérée comme une ressource. La personnalité, la formation professionnelle et la religiosité. Le désir de prendre soin est significatif pour les participants c'est ce que l'auteur nomme la philosophie Caritas. C'est un facteur décisif, indépendant des différences. La spiritualité peut également avoir une fonction de protection pour les infirmières. La prière peut être une forme de stratégie d'adaptation. Les infirmières prient avec les patients mais prient aussi pour elles. Cette étude montre que l'orientation religieuse peut avoir une fonction de protection et donne lieu à la

	confiance.
Discussion et implication pour la pratique	Les résultats indiquent qu'il y a des éléments différents dans le système d'orientation des infirmières. Elle est liée à des aspects culturels sur le plan social. Les auteurs ont trouvé beaucoup d'aspects spirituels importants dans leur profession. Ils soulignent une dimension au-delà de la spiritualité qui a été négativement liée à la religion qui remet en cause d'autres études où la spiritualité est égale à la religion.
Propre questionnement Lien avec la question de recherche	L'auteur a utilisé une définition large de la spiritualité. Les recherches futures devraient tenir compte de la différence entre la religion et la spiritualité. De plus employer une seule stratégie d'adaptation peut rendre une personne vulnérable, surtout si les possibilités de reconstruction font défaut. Les chercheurs ont pu mettre en évidence une connaissance limitée du personnel infirmier sur les questions spirituelles et existentielles et de leur volonté de prêter attention à ces besoins. La gestion du stress par des stratégies d'adaptation spirituelles doit être reconnue. La formation en soins infirmiers devrait prendre en compte ces résultats afin de les introduire dans l'enseignement.

Etude 8

Auteur: Lundmark M., Nurse at the Clinic d'Oncology, Norrlands universitetssjukhus, Umeå, and Doctoral Student at the Department of Religious Studies, Umeå University, Umeå, Sweden

Année: 2005

Source: Journal of Clinical Nursing, 15, 863-874

Titre: Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic

Devis: étude quantitative

Pertinence la recherche: 21/22

Problématique et visée de l'étude	Le but est d'identifier les facteurs qui peuvent influencer les attitudes de l'accompagnement spirituel chez les infirmières, de tester la pertinence de ces facteurs. L'auteur reprend l'étude de Strang et al portant sur les attitudes en matière de soins spirituels dans une perspective holistique. L'introduction indique un certains nombre de facteurs qui influencent les soins spirituels. Les facteurs sont testés dans un contexte de soins infirmiers travers la présente étude. Les questions de recherche sont : quelles sont les attitudes à l'égard des soins spirituels au sein du personnel infirmier ? Quelles sont les attitudes à l'égard du rôle joué en soin spirituels par soi-même et d'autres membres du personnel ? dans quelle mesure les membres du personnel infirmier se considèrent comme ayant reçu une formation en soins spirituels ? Quelle est la relation des attitudes propres au personnel soignant envers les soins spirituels et les facteurs suivants : la formation, sa propre conscience de la spiritualité, son degré de formation, son expérience professionnelle et être à l'aise ou non dans ces soins ?
Idées et concepts	Les développements récents en matière de soins de santé montrent une prise de conscience croissante de l'importance des besoins spirituels des patients. Les recherches montrent que la

centraux/théories	spiritualité des patients peut être vue comme une ressource importante au cours de la période de la maladie. la prise en charge infirmière signifie que le personnel doit avec la coopération du patient et de la famille formuler et clarifier les objectifs physiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Les soins infirmiers comprennent autant la technologie que le soutien dans les crises existentielles. Le concept holistique est encre dans la formation infirmière. La détresse spirituelle est définie comme les sentiments et pensées douloureuses concernant des questions existentielles. De plus, des études montrent que le patient considère le personnel infirmier comme une ressource pour les questions spirituelles. Il y a aussi une volonté chez le personnel infirmier de prêter attention aux besoins spirituels des patients. Des études montrent que les facteurs tels que la spiritualité d'une personne, la formation en soins spirituels, l'expérience de la profession, le degré de formation, l'expérience de vie, l'âge, les émotions sont significativement liés aux attitudes à l'égard des soins spirituels.
Population/échantillon	La population est formée d'infirmières et des auxiliaires dans une clinique d'oncologie de Suède. Les services de soins chroniques ont été préférés à des services de soins aigus en raison de leur complexité et de leur diversité en matière de soins. 68 participants ont répondu 57 % étaient des infirmiers et 40 % des auxiliaires. Le taux de réponse totale était de 73 %. Le taux de réponse variait entre les quatre unités d'oncologie participant à l'étude.
Méthodes de récolte des données et analyse	Des indicateurs ont été utilisés : l'opinion quant à savoir si les soins holistiques comprennent la spiritualité, l'avis quant à savoir si le personnel infirmier doit répondre aux besoins spirituels des patients, les opinions quant à savoir si le personnel infirmier les pratiques, la formation spirituelles, sa capacité à fournir ces soins, les émotions. Ces indicateurs permettent d'analyser la pensée du personnel infirmier. Des questionnaires ont été distribués par les ICUS. Une information orale sur l'étude a été donnée, l'étude était volontaire et anonyme. Les questionnaires comprennent 17 questions avec des échelles numériques et verbales. Deux questions ouvertes y ont été introduites. Le problème était de savoir si les répondants devaient recevoir une définition des soins spirituels ou non. Le questionnaire a été analysé à l'aide du logiciel statistique pour les sciences sociales SPSS y compris les méthodes d'analyse descriptive. En utilisant des tableaux croisés, les facteurs qui devraient influencer les attitudes lors des soins spirituels et les indicateurs d'attitudes en matière de

	soins spirituels ont été testés afin d'identifier les différences entre les deux groupes de répondants. Lorsque des différences importantes ont été enregistrées, les données ont aussi été testées en utilisant un autre logiciel.
Résultats	Les opinions entre les répondants ont été comparées et 98% des répondants ont indiqué que les soins holistiques ont une grande importance. Et 76 % pensent que les soins holistiques incluent la spiritualité. Une majorité de réponses indiquaient une attitude positive du personnel infirmier pour les soins spirituels. De plus une majorité pense que la formation est importante dans le domaine des soins spirituels.
Discussion et implication pour la pratique	La connaissance des attitudes à l'égard des soins spirituels au sein du personnel infirmier et les facteurs influençant ces attitudes permettra d'améliorer les possibilités de répondre aux besoins spirituels des patients. La philosophie holistique de la santé semble être solidement établie au sein du personnel infirmier. Les répondants considèrent la prise en charge holistique joué un rôle important. Dans la pratique, cependant, la situation est différente, car seulement un tiers du personnel infirmier considère les soins holistiques pour les patients de leur propre paroisse. Le rôle de la spiritualité dans les soins est assez solidement établi. Ces résultats sont principalement en conformité avec les études précédentes et quand il s'agit de la question de savoir si les soins holistiques comprennent la spiritualité, les résultats sont identiques. Par conséquent, la prise en charge varie selon les attitudes des équipes soignantes : les soins holistiques sont souhaitables en soins infirmier, les soins holistiques comprennent les soins spirituels des patients et les soins holistiques ne sont pas encore toujours réalisés. L'étude montre des différences importantes entre les infirmières et les auxiliaires. Les auxiliaires donnent moins de soins spirituels que les infirmières. L'explication de cette différence pourrait être trouvée dans le fait que les infirmières sont mieux formées et par conséquent ont une plus grande base théorique pour effectuer des soins spirituels. Le fait que les infirmières sont responsables de documenter les soins peuvent les avoir rendu plus qualifiés que les aides-soignantes dans l'analyse et la formulation de ce qu'elles effectuent comme soins. Certains chercheurs proposent que le personnel infirmier développe leur propre prise de conscience spirituelle afin d'améliorer leur capacité à effectuer des soins spirituels. Le degré de

	<p>confort est corrélé positivement à la capacité d'auto-estimation pour effectuer des soins spirituels. Un facteur influençant important est dans quelle mesure une personne estime qu'elle a reçu une formation en soins spirituels. Ceux qui déclarent avoir reçu plus d'éducation en soins spirituels au cours de leurs études considèrent que leur capacité donnée des soins spirituels est plus élevée que ceux qui ont reçu moins d'éducation. Cela conduit à dire que l'éducation en soins spirituels est significative et importante.</p>
<p>Propre questionnaire</p> <p>Lien avec la question de recherche</p>	<p>Cette étude est en conformité avec les résultats des études précédentes et conduit à la conclusion que les soins holistiques sont souhaitables, doivent inclure les besoins spirituels des patient et ne sont pas encore réalisés par tous les soignants. Les facteurs qui influencent les soins spirituels sont la propre religiosité, la croyance en Dieu, la croyance en la vie après la mort, le degré de confort dans les soins spirituels et le degré d'éducation.</p>

Etude 9

Auteurs: Bukhart L. & Hogan N.

Année: 2008

Source: sagepublication

Titre: An experimental Theory of Spiritual Care in Nursing Practice

Devis: recherche qualitative

Pertinence la recherche: 21/22

Problématique et visée de l'étude	Les soins spirituels ont été reconnus comme faisant parti intégralement des soins infirmiers. Mais ce n'est que très récemment que des recherches ont étudié la relation entre la santé et la spiritualité. Plusieurs recherches quantitatives et qualitatives relèvent l'importance de la spiritualité dans la santé du patient. Les chercheurs de cette étude ont établi une théorie de soins spirituels qui pourrait guider la pratique infirmière. Car, en effet, il manque un modèle dans la pratique. Le but de cette étude est d'explorer l'expérience des infirmières dans les soins spirituels
Idées et concepts centraux/théories	La majorité de la littérature différencie la spiritualité de la religion. La spiritualité est associée à la quête de sens et du but de la vie. La religion est associée quant à elle à l'expression humaine de rites et rituels dans la tradition de la foi. Mais il y a des recherches qui n'ont fait aucune différence entre les deux. De plus, la spiritualité a une incidence sur une meilleure dimension psychologique, des indicateurs sociaux de la santé et les symptômes physiques de la maladie chronique. Les personnes souffrant de maladies chroniques et en fin de vie ont identifié la spiritualité comme une importante stratégie de coping dans le traitement de la maladie. Le problème réside dans le fait que de nombreux systèmes de santé sont basés sur des organisations religieuses. Malgré cela, la spiritualité peut être un moyen de promouvoir et d'optimiser la santé. Dans des enquêtes de posthospitalisation, les patients ont

	<p>identifié que leur satisfaction est en corrélation avec les soins spirituels, les soins infirmiers en général et suggèrent que les infirmières ont un rôle significatif dans les soins spirituels. Comme elles sont 24/24 avec le patient, c'est une opportunité de promulguer des soins spirituels lorsque et quand la question spirituelle est évidente. Cependant, les connaissances sont minces sur la façon de promulguer des soins spirituels dans la pratique. De plus, il n'y a peu de guide sur l'évaluation spirituelle en termes d'interventions. La formation infirmière possède un manque de guides dans l'enseignement aux étudiants de comment donner des soins spirituels. Des recherches ont démontrées que les étudiants se sentent incompetents quand il s'agit de soins spirituels. Des recherches ont besoin de déterminer les méthodes éducationnelles en matière d'évaluation spirituelle et d'interventions qui pourraient promouvoir le bien-être et la santé des patients. Des recherches indiquent même que le bien-être spirituel est un indicateur de santé. Alors de nombreux systèmes de santé voient les soins spirituels comme partie intégrante de leur mission. Petit est le savoir au sujet de comment promulguer le mieux des soins spirituels dans la pratique. L'étude s'appuie sur la théorie développée par Glasser et Strauss (1967) qui a été utilisée pour explorer les perceptions des infirmières des soins spirituels dans la pratique. L'étude a été approuvée par le système de santé Review Board afin d'assurer la protection des droits de l'homme.</p>
Population/échantillon	<p>Quatre groupes ont été composés et incluaient 25 infirmières diplômées qui travaillent dans les soins chroniques incluant les soins intensifs, la chirurgie, la médecine, l'ambulatoire, la réhabilitation et les homes pour des enfants et adultes. Des critères d'inclusion assuraient une généralisation maximum. La population était caucasienne et hispanique, une partie catholique, non-catholique et sans religion. L'âge allait de 25 à 58 ans et l'expérience professionnelle de 1 à 38 années.</p>
Méthodes de récolte des données et analyse	<p>Des flyers invitaient les infirmières à participer à l'étude, ils ont été distribués aux équipes. Une présentation qui décrivait le projet a été donnée aux infirmières sans les chefs de service. Puis quatre groupes ont été constitués pendant deux heures dans un environnement confortable. Un chercheur animait le débat et un autre prenait des notes. Des questions ont été données au sujet de l'exploration des perceptions des soins spirituels en pratique, les institutions et non-institutions qui les supportent. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits afin d'être analysés. Une théorie structurée a émergé</p>

	de l'analyse. Des catégories ont été développées ainsi que des hypothèses.
Résultats	<p>Voici les catégories qui ont émergées de l'analyse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le désir du patient : le patient invite l'infirmière à lui promulguer des soins spirituels. L'infirmière doit créer une atmosphère propice aux soins et qui augmente l'invitation du patient avec une évaluation avec une ouverture spirituelle d'amour, d'espoir et de compassion. Il faut partir dans l'acceptation inconditionnelle et promouvoir une atmosphère conductrice. Le verbal et le non-verbal invite l'infirmière à partager une connexion spirituelle, un haut niveau de sensibilité est requis. Ces rencontres sont associées au moment de crise et de changement des patients et de leur famille. Cela inclut les moments d'annonce du diagnostic. 2. La décision de ne pas engager ou d'engager la rencontre spirituelle : l'infirmière perçoit le désir du patient en détresse et elle prend conscience d'entrer en relation spirituelle avec le patient. Si elle choisit de ne pas s'engager ou qu'elle sent qu'il y a des obstacles le processus est stoppé. Les contraintes peuvent être le temps ou la vitesse des actes ou encore un manque de support éducatif. Elle peut choisir d'entrer en connexion spirituelle avec le patient. 3. Les interventions spirituelles : la première sous-catégorie est de promouvoir la réflexion personnelle du patient impliquant des discussions sur la compréhension du sens de l'expérience de la maladie. les patients cherchent des réponses sur les questions de la vie et le sens de leurs expériences. Deuxièmement, la promotion de la connexion entre le patient et sa famille est importante, l'infirmière doit individualiser les soins et éliminer les obstacles dans l'environnement de soins. Il est important d'aider la famille à valider la signification dans la vie du patient. Troisièmement, les infirmières doivent faciliter la connexion entre les patients et une « puissance » lorsque c'est approprié, en facilitant les rites et rituels religieux à travers la prière. 4. Répons émotionnelle immédiate : l'infirmière est immédiatement affectée par la rencontre avec le patient dans deux cas de figures. Le premier est une expérience émotionnelle positive quand l'infirmière perçoit que l'expérience du patient est positive et qu'il est heureux. Lorsque l'expérience émotionnelle est négative, les soignants ressentent un sentiment négatif incluant de la tristesse. 5. la recherche de sens dans la rencontre : d'une part, il y a la réflexion avec soi où l'infirmière

	<p>passé du temps à réfléchir pour trouver un sens dans la rencontre spirituelle. D'autre part, il y a la réflexion avec d'autres personnes comme les aumôniers par exemple. La plupart des infirmières trouvent important de prier</p> <p>6. la formation de souvenirs spirituels : Une réponse émotionnelle négative amène un souvenir de détresse spirituelle. Les émotions négatives gardent la souffrance et la culpabilité. Les infirmières se sentent incompétente en matière de promulguer des soins spirituels. Une émotion positive dans la réponse amène des souvenirs positifs. Comme lorsque les infirmières apprennent et trouvent un sens à la rencontre spirituelle. Mais une émotion négative peut aussi faire grandir le souvenir spirituel. Il devient d'abord un mauvais souvenir jusqu'à ce que l'infirmière y trouve un sens.</p> <p>7. le bien-être spirituel de l'infirmière : la dimension de soi aide la compétence de promulguer des soins spirituels aux autres. Cela peut aider les infirmières à augmenter leur propre bien-être spirituel. C'est un challenge de trouver le sens de son propre bien-être spirituel. L'étude montre que chacun a un niveau de bien-être spirituel et que cela peut changer avec l'expérience. Les croyances et la foi peuvent affecter le bien-être spirituel. Par contre, les souvenirs d'expériences spirituelles affectent non seulement la propre interprétation des situations spirituelles mais aussi sa propre spiritualité. La formation est significative pour atteindre ces étapes.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Les praticiens ont eu beaucoup d'expériences avec les patients malgré que les soins spirituels aient été ignorés dans la formation et le manque de littérature pour s'appuyer dans la pratique. Quelques théories empiriques existent pour guider la pratique. C'est donc une responsabilité professionnelle de la pratique en soins infirmiers. Si l'infirmière tient un rôle important pour déterminer les besoins spirituels d'autres recherches doivent être encore faites pour identifier les techniques d'approches. Cela implique que les soins spirituels peuvent être appris à travers des expériences réflexives et pédagogiques. Apprendre à promulguer des soins spirituels peut être inclus dans les programmes de formation.</p>
Propre questionnement	<p>Cette étude montre une nouvelle fois qu'il y a un manque au niveau de la formation et des connaissances littéraires. Le modèle construit par les auteurs est intéressant car il peut permettre aux praticiens de comprendre ce qu'il se passe dans la rencontre spirituelle et permet de mettre en mots la pratique. De plus, ce modèle donne des pistes d'action et des éléments clés afin de diminuer les</p>

Lien avec la question de recherche	barrières dans la rencontre de la spiritualité du patient.
---	--

Etude: 10

Auteurs: Henry, N.

Année : 2003

Sources: Journal of Advanced Nursing, 42(6), 550-557

Titre: Constructions of spirituality in contemporary nursing theory

Devis: Qualitative, type: l'analyse du discours

Pertinence de l'étude : 18/22

Problématique et visée de l'étude	<p><u>Objectifs</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Identifier les propriétés formelles des discours scientifiques et religieux et leurs implications sociales et politiques.- Détecter l'utilisation de ces discours dans la construction de la spiritualité dans la littérature des soins infirmiers.- Examiner les implications pour les soins infirmiers. <p><u>Problématique</u></p> <p>La littérature des soins infirmiers sur la spiritualité admet que la science moderne est relativement impuissante pour répondre et faire face aux personnes confrontées à la mort, à la souffrance, à la perte et</p>
--	--

	<p>qui ressentent un manque de signification personnelle et de sens. Comme remède, la littérature recommande d'aborder la spiritualité des patients. Le mouvement analytique typique est de distinguer la spiritualité de la religion et de considérer qu'il s'agit d'une partie, d'une dimension du patient.</p>
<p>Idées et concepts centraux/théories</p>	<p><u>La spiritualité</u></p> <p>Elle est réputée être libre de toutes croyances et de pratiques particulières. Il s'agit d'un bien détenu par toutes les personnes. C'est une composante essentielle de chaque individu qui est présent dans tous les individus. Il s'agit d'une dimension humaine universelle ».</p> <p><u>Le discours</u></p> <p>L'analyse du discours conceptualise le langage comme constitutif de l'expérience plutôt que représentatif ou réflexif. La notion de discours fournit une alternative à la notion du langage, comme un milieu neutre permettant la représentation des pensées et des émotions ou le reflet d'une réalité extérieure. Le discours produit l'expérience de la réalité, à la fois il s'agit de ce que c'est d'être une personne avec des pensées et des sentiments et ce que cela signifie de vivre dans le monde.</p>
<p>Population, échantillon</p>	<p>La littérature infirmière a été investiguée pour détecter les discours utilisés dans la construction du concept de la spiritualité.</p>
<p>Méthodes de récolte de données et analyse</p>	<p>Ce document utilise l'analyse du discours pour identifier les propriétés formelles des discours scientifiques et religieux et leurs implications sociales et politiques. La littérature des soins infirmiers est ensuite étudiée pour détecter l'utilisation de ces discours dans la construction du concept de la spiritualité et pour examiner les implications dans les soins infirmiers.</p>

Résultats	<p>La littérature construit la spiritualité par le biais de discours scientifiques et religieux. Ces discours ont des points forts et des points faibles. La littérature infirmière semble ne pas refléter ces points. Par conséquent, lorsque la littérature infirmière utilise un discours religieux, il y a un manque de cohérence et de profondeur, et un risque de fusionner les aspects humains avec les aspects liés à l'autorité transcendante (dieu). Lorsqu'elle utilise un discours scientifique, il y a un manque de précision et de clarté et un risque d'intensifier les caractéristiques de la modernité qui contribuent à une perte de significations personnelles et de sens face à la mort, à la souffrance et aux pertes.</p> <p><u>Discours religieux</u></p> <p>La religion se rapporte à l'intuition des limites de ce que l'être humain ne peut faire et comprendre. Le discours religieux se veut de magnifier cette intuition à travers le langage, le paradoxe et le symbolisme. Le discours religieux aborde également les limites de la compréhension humaine par l'utilisation de thèmes particuliers qui abordent des dimensions échappant au contrôle humain: la mort, la souffrance et la perte. De plus, le discours religieux suggère la présence d'une ou de plusieurs formes similaires et subjectives qui sont extérieures au monde humain.</p> <p>Les propriétés politiques du discours religieux ont servi à une certaine époque à légitimer les autorités sociales et politiques. En renforçant les individus à suivre les règles religieuses et les coutumes, cela a permis de garder les murs des divisions sociales solides et impénétrables. Le responsable religieux était à la fois le maître du discours religieux et un acteur politique, comme en témoignent l'interdépendance de l'église et de l'état dans les temps pré-modernes. À un niveau individuel et expérimental, cependant, le discours religieux fournit des ressources morales et conceptuelles qui permettent à l'individu d'affronter et de gérer la mort, la souffrance et la perte. En d'autres termes, le discours religieux peut prévoir une forme de subjectivité qui est mieux équipée pour faire face à l'expérience humaine de ces phénomènes. Le discours religieux évoque et amplifie la conscience des limites de la compréhension humaine.</p> <p><u>Discours scientifiques</u></p> <p>Le discours scientifique tend à obtenir un sentiment de certitude par ce qui est démontrable. Les</p>
------------------	---

	<p>préoccupations qui ont rempli la vie humaine depuis le début de la modernité se rapportent à des problèmes qui sont, par définition, des tâches à la hauteur de leurs compétences véritables de l'homme. Les machines sont comparées aux caractéristiques scientifiques. Elles ont des pièces et des composants qui fonctionnent en relation avec d'autres parties et composants. Le discours scientifique vise à définir précisément ces pièces et leurs relations afin de permettre à l'humain d'agir sur l'environnement. Le discours scientifique est présent dans la littérature infirmière avec le désir de dissiper l'imprécision et l'ambiguïté.</p> <p>De nombreux articles de soins infirmiers expliquent que la spiritualité est définie comme étant soit une partie ou une dimension de la personne qui interagit avec d'autres parties ou comme une structure intérieure mettant l'accent sur les expériences, les sentiments et les valeurs. Ainsi, la spiritualité devient un objet d'analyse au sein d'un discours scientifique, et, amène d'autres objets à la théorie des soins infirmiers.</p> <p><u>Constructions de la spiritualité dans la théorie actuelle des soins infirmiers</u></p> <p>Une perspective spirituelle comprend l'expression de toucher l'intouchable et de joindre l'invisible. Cela résume le caractère et le dilemme central dans la littérature des soins infirmiers au sujet de la spiritualité. Toucher et en joindre suggèrent la tentative d'analyser le discours scientifique pour enquêter et mettre la main sur le concept de la spiritualité. Le fait qu'il soit intouchable et invisible suggère la futilité de cette tentative. Cela évoque également une notion de limites à la perception humaine. Elle saisit donc également la qualité d'un discours religieux. Les discours scientifiques et religieux permettent de produire une réalité contrastée, avec des effets nuancés pour les patients. Le discours scientifique permet de créer des procédures utiles pour préserver et améliorer la vie. Ces procédures permettent la coordination de l'effort humain, comme ceux des patients. Le discours religieux fournit des ressources conceptuelles et morales pour aider les individus confrontés à la mort, à la maladie et aux limites de la compréhension humaine. Chaque discours peut fournir des réalités importantes et utiles à divers points dans le déroulement de la maladie et de ses conséquences.</p>
<p>Discussion et implication pour</p>	<p>La littérature des soins infirmiers sur la spiritualité soulève des questions importantes. Elle demeure, cependant, limitée dans sa capacité à y faire face. Ce document propose une nouvelle perspective. Tout</p>

la pratique	<p>d'abord, il s'appuie sur une analyse de l'environnement institutionnel moderne et de sa dimension existentielle (la capacité d'avoir conscience de soi, la liberté et la responsabilité, la quête d'identité et de relation à l'autre, la quête de sens, l'anxiété et la condition, la conscience de la mort et du non vivant). Deuxièmement, il applique une analyse du discours dans le travail d'aide des personnes atteintes de maladie et de blessures. Cette approche respecte les forces et les faiblesses des deux discours: scientifiques et religieux.</p>
Propre questionnement et lien avec question de recherche	<p>Cette étude évoque les apports du discours religieux en général dans la construction du concept de la spiritualité; S'agit-t-il d'intégrer et de composer avec toutes les religions existantes, et, comment le faire?</p> <p>Avec la perspective d'une profession qui tend vers la recherche et la science en se basant sur pratiques excellentes fondée sur des preuves, n'y a-t-il pas un paradoxe avec l'apport de la religion?</p> <p>Prenant la position d'une personne athée, n'y a-t-il pas le risque en intégrant un discours religieux de manquer ou de ne pouvoir répondre à ces besoins spirituels?</p>

Etude 11

Auteur: Chan, M. F., Chung, L.A.F, Lee, A.S.C, Wong, W.K., Lee, G.S.C, Lau, C.Y., Lau, W.Z., Hung, T.T., Liu, M.L. & Ng, J.W.S.

Année: 2006

Source: Nurse Education Today 26, 139-150

Titre: Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: Results of a cluster analysis

Devis: Devis de recherche quantitative non-expérimentale de type corrélationnelle descriptive

Pertinence de l'étude : 19/22

Problématique et visée de l'étude	<p><u>Objectif</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Explorer les perceptions des infirmières des soins spirituels et leurs pratiques en identifiant le profile des étudiantes infirmières baccalauréats dans une université de Hong Kong.- Explorer la relation entre les perceptions des infirmières des soins spirituels et leurs pratiques. <p><u>Problématique</u></p> <p>Les soins se sont souvent rapportés au model médical qui se focalise sur les aspects médicaux et chirurgicaux. Pourtant, l'organisation mondiale de la santé définit quatre dimensions de la santé: physique, mentale, sociale et spirituelle.</p> <p>La vision du patient d'une façon mécanique n'est plus satisfaisante. Dans la profession infirmière, la pratique a évolué et se développe en ayant une vision de la personne plus globale. La spiritualité demeure néanmoins une dimension négligée dans la pratique infirmière quotidienne. Les patients confrontés à la maladie, vivant une crise dans leur santé et/ou une souffrance, une perte et un chagrin, peuvent remettre</p>
--	--

	<p>en questions et réexaminer leurs croyances fondamentales qu'ils avaient depuis l'enfance. Souvent, ces situations sont un moment crucial dans leur vie. L'évaluation de leur spiritualité sera plus présente qu'à aucun autre moment de leur vie. De plus, c'est le moment où le patient sera le plus vulnérable. Cela peut être une opportunité personnelle et spirituelle de grandir et de se développer. Souvent, les infirmières travaillent avec des patients dans des moments difficiles de leur vie, où les besoins spirituels deviennent les principaux en matière de soins holistiques.</p>
<p>Idées et concepts centraux/théories</p>	<p><u>Les soins holistiques</u></p> <p>Les infirmières ont pour but de fournir des soins qui répondent aux besoins physiques, mentaux, sociaux et spirituels des patients. Il a été démontré que la compréhension de la dimension spirituelle par l'expérience est très importante pour les infirmières car la pratique de qualité basée sur des preuves s'intéresse à l'humain devenant. Les soins spirituels font parties intégrantes des soins holistiques. Il est donc essentiel pour les infirmières de le transférer dans leur pratique.</p> <p><u>La spiritualité</u></p> <p>La signification et le sens de la spiritualité sont vastes. Ce concept englobe une famille de différents courants de pensée. En se référant à la définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé, chaque individu a une fonction spirituelle. Cette approche de la spiritualité humaine est fonctionnelle. Elle se focalise sur le vécu des personnes et le sens de leur spiritualité plutôt que sur une signification spécifique et une définition de la spiritualité.</p> <p><u>Les soins spirituels</u></p> <p>Les soins spirituels ont été associés à la qualité des soins interpersonnels en termes d'expression d'amour et de compassion vis à vis du patient. Selon une étude sur la pratique des infirmières de soins spirituels, les interventions les plus courantes sont: prier en privé avec le patient et référer le patient à un membre du clergé. La moitié des participants avaient avoué ne pas pouvoir de tels soins. L'étude avait conclu que les infirmières avaient le besoin de mieux se former aux soins spirituels et sur la manière de</p>

	<p>les prodiguer. Dans une autre étude, il est ressorti que 25% des infirmières prodiguaient adéquatement les soins spirituels aux patients. Les deux études ont identifié le temps restreint et le manque de formation comme la barrière la plus courante et commune à la prestation de soins spirituels.</p> <p><u>La formation en matière de soins spirituels</u></p> <p>La littérature relève que la formation des infirmières au sujet de la spiritualité est clairsemée et incomplète. Les infirmières rencontrent différentes barrières dans leurs pratiques quotidiennes pour prodiguer des soins spirituels tels que: un manque de connaissance et d'entraînement académique, un manque de temps et de matériel inadéquat. De plus, les perceptions de certaines infirmières peuvent également être des obstacles. Si leurs croyances des soins spirituels se rapportent aux aspects religieux, leurs interventions vont se limiter à l'accompagnement à la chapelle de l'hôpital et donc restreindre les capacités de l'infirmière de répondre aux besoins spirituels des patients.</p> <p><u>L'analyse typologique</u></p> <p>Statistiquement, afin de délimiter les regroupements naturels des données, l'analyse typologique est la technique la plus appropriée. L'objet dans ses groupes peut être un cas ou une des variables. Une analyse typologique des cas ressemble à une analyse discriminante. En débutant la recherche, il n'y a aucune connaissance sur le groupe questionné en dehors de leur nombre. Cette méthode explore certains facteurs d'analyse en identifiant des groupes de variables. C'est une technique pertinente lorsqu'il est envisagé que l'échantillon est hétérogène.</p>
Population, échantillon	193 infirmières à temps partiel, baccalauréat en soins infirmiers dans une université de Hong Kong, ont participé à cette recherche en complétant un questionnaire structuré.
Méthodes de récolte de	Pour récolter les données, un instrument a été développé par Chung & Wong (2004). Il se compose de deux parties. La première concerne les données démographiques.

données et analyse	<p>La deuxième concerne deux sections :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Première section: sept déclarations (énoncées) pour mesurer les perceptions des soins spirituels des infirmières. - Deuxième section: cinq déclarations (énoncées) pour évaluer la pratique des soins spirituels des infirmières.
Résultats	<p>Dans l'analyse faite en deux étapes, trois ensemble sont ressortis, groupe A, B et C, sur la base de similitudes dans leurs réponses quant aux données démographiques, à leurs perceptions et à leurs pratiques.</p> <p>Le groupe A représente les infirmières qui ont la caractéristique d'avoir une perception négative des soins spirituels.</p> <p>Le groupe C représente les infirmières qui ont reporté avoir des perceptions et des pratiques positives des soins spirituels.</p> <p>Le groupe B était un grand groupe d'infirmières ayant des perceptions et des pratiques à la fois positives et négatives.</p> <p>Il existe une corrélation positive entre la perception et la pratique spirituelle chez les infirmières. Cela signifie que si l'infirmière a une bonne perception des soins spirituels, plus fréquemment ces soins seront inclus dans leur pratique. Cette corrélation est significative. Elle peut amener les écoles d'infirmières et les hôpitaux à promouvoir la sensibilisation des soins spirituels afin d'améliorer la fréquence et la qualité des soins spirituels dans la pratique infirmière.</p> <p>Cette étude a montré que pas plus de la moitié des répondant sont d'accord, très fortement d'accord avec le concept que les soins spirituels sont une dimension essentielle des soins holistiques. Près de la moitié étaient incertaines, pas d'accord, fortement en désaccord avec la première énoncée concernant la relation</p>

	<p>à soi de la spiritualité.</p> <p>Plus de la moitié des répondants étaient incertains, en désaccord et fortement en désaccord avec la plupart des énoncées sur l'échelle de la pratique. Cela démontre et signifie que les soins spirituels ne sont pas une partie essentielle de leurs pratiques de soins infirmiers quotidiens.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Les résultats sont cohérents avec ceux de Stranahan (2001). Lorsque les travailleurs des services tels que les infirmières ne sentent pas qu'il est essentiel de fournir des soins spirituels aux patients, une pratique négative se développe.</p> <p><u>La formation</u></p> <p>Afin d'élever le niveau de conscience et de la perception des soins spirituels dans la pratique quotidienne des soins infirmiers, il est essentiel d'inclure l'enseignement des soins spirituels dans la formation de base des infirmiers. Inclure les soins spirituels dans le cursus de formation des infirmières va augmenter les connaissances, la compréhension et la prestation de soins spirituels par les infirmières. Cette formation peut aborder la description et les définitions de la dimension spirituelle, des besoins spirituels et des soins spirituels.</p> <p><u>Les interventions infirmières</u></p> <p>Dans la littérature, une barrière à ces soins peut être l'aspect du temps à disposition, des mesures d'évaluation de la spiritualité. Il est évoqué que le fait d'employer des mesures pour faciliter l'application des soins spirituels au processus infirmier augmentent l'efficacité de ceux-ci. Par exemple, des feuilles d'admission pourraient être modifiées afin d'inclure l'évaluation spirituelle et les plans de soins permettant l'espace pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins spirituels. De plus, pour faciliter la collaboration entre les infirmières et le clergé, il pourrait être bénéfique pour les infirmières de communiquer plus avec ceux-ci, en les incluant dans la discussion avec le patient, et en les intégrant dans une équipe de soins. Etant donné l'influence de la dimension spirituelle sur le monde physique, il serait plus économiquement viable, à long terme, d'assurer que le personnel aient assez de temps à consacrer</p>

	aux patients pour répondre à leurs besoins spirituels en assurant des niveaux de dotation adéquats.
lien avec question de recherche	En vue de la relation entre les perceptions des infirmières et leurs pratiques, il serait intéressant d'investiguer des pistes pour modifier leurs perceptions. Au niveau de la formation comme il est mentionné, le concept de la spiritualité devrait être abordé. Au niveau institutionnel, il pourrait être également intéressant de se questionner sur leur possible action sur les perceptions des infirmières à cette dimension des soins.

Etude: 12

Auteurs: Mc Sherry, W., Cash, K. & Ross, L.

Date: 2004

Sources: Journal of Clinical Nursing, 13, 934-941

Titre: Meaning of spirituality: implications for nursing practice

Devis: Qualitative de type méthode de la théorie de la terre (grounded theory) de l'enquête

Pertinence de l'étude : total: 21.5/22

Problématique et visée de l'étude	<p><u>Objectif</u></p> <p>- Acquérir une connaissance plus approfondie de la façon dont les patients, les infirmières, et les représentants des grandes religions du monde comprennent le concept de spiritualité.</p> <p><u>Problématique</u></p> <p>Cette recherche met en évidence certains résultats issus d'une enquête de théorie ancrée sur le sens de la spiritualité. Ces premiers résultats soulèvent des questions importantes au sujet de la terminologie et du langage utilisés par les infirmières en ce qui concerne la spiritualité. Il semble que de nombreuses directives politiques et lignes directrices (guidelines) émettent deux principales hypothèses concernant la spiritualité. Tout d'abord, tous les patients et toutes les infirmières sont au courant et comprennent le concept. Et d'autre part, les patients peuvent faire valoir leurs besoins spirituels. Ces deux hypothèses mettent en évidence une dichotomie entre les hypothèses professionnelles et les attentes du patient sur la signification de la spiritualité.</p>
--	---

Idées et concepts centraux/théories	<p><u>Le contexte politique et professionnel</u></p> <p>Pour établir la spiritualité comme une partie importante et intégrante des soins de santé, il a fallu des lignes directrices de part les politiques et les professionnels. Les auteurs dans cette recherche mentionnent les chartes et les politique de santé sur la nécessité de prendre en charge les besoins spirituels des patients.</p> <p>Une revue de la littérature a été entreprise afin d'identifier la manière dont la spiritualité a été défini, du point de vue de la théorie et de la pratique. Il existe de nombreuses approches du concept de la spiritualité. Toutefois elles sont généralement attribuable à deux grandes écoles, ceux qui croient en un dieu et ceux qui n'y croient pas. La spiritualité touche à l'existentialisme, au fait de trouver un objectif ou une signification et un sentiment d'accomplissement dans la vie, de même qu'un sentiment de connexion, soit individuellement, soit avec le reste du monde, la spiritualité s'applique à toutes les personnes, même à ceux qui ne croient pas en un dieu ou à un être suprême.</p>
Population, échantillon	<p>Les participants ont été sélectionnés après avoir complété un court questionnaire indiquant s'ils seraient disposés à être interrogés. Des questionnaires ont été distribués aux patients et aux infirmières par l'infirmière responsable et aux représentants de quatre grandes religions à travers des équipes d'aumônerie. Le questionnaire a fourni des informations démographiques. Il leur a été demandé de choisir une déclaration parmi quatre qui décrivait le mieux leur compréhension de la spiritualité. L'information démographique combinée à la réponse à cette question a été utilisé pour identifier les participants potentiels à inclure dans la première phase. Cette méthode d'échantillonnage s'appelle l'échantillonnage ouvert (Strauss & Corbin, 1998).</p>
Méthodes de récolte de données et analyse	<p>Une conception de la recherche qualitative a été utilisée impliquant une méthode de la théorie de la terre (grounded theory) de l'enquête développée par Glaser et Strauss (1967). Il a été considéré que cette méthode qualitative aiderait les investigations et l'enquête au sujet de cette dimension subjective, permettant de tester les constructions théoriques existantes et les arguments en utilisant divers groupes de</p>

	personnes.
Résultats	<p><u>Définitions de la spiritualité</u></p> <p>L'analyse des données suggère qu'une dichotomie peut émerger chez les professionnels de la santé dans leur tentative d'implanter et de former le personnel à la prestation de soins spirituels. Il semble qu'une définition spécifique de la spiritualité a été construite dans le domaine des soins. Toutes les douze infirmières interrogées ont fourni des définitions similaires de la spiritualité. Une analyse plus approfondie de ces données révèle que plusieurs de ces contenus se réfèrent à des propriétés spécifiques à la profession infirmière qui définissent la spiritualité comme une qualité qui va au-delà de l'appartenance religieuse, qui se bat pour l'inspiration, le respect, la crainte, le sens et le but, même chez ceux qui ne croient plus en rien de bon. La dimension spirituelle essaie d'être en harmonie avec l'univers, et s'efforce de répondre à l'infini, et se manifeste spécialement lorsque la personne fait face à un stress émotionnel, une maladie physique ou à la mort. La définition fournie par un patient rattache également le concept de la spiritualité aux forces surnaturelles, spiritualistes. En résumé, les infirmières ont fourni des définitions claires de la spiritualité, contrairement aux patients pour qui le sens de la spiritualité n'est pas clair et est souvent synonyme de religion. Il semble donc y avoir un décalage entre les utilisateurs des services de soins et les fournisseurs de soin sur ce thème.</p> <p><u>Diverses perceptions de la spiritualité</u></p> <p>Dans les soins infirmiers et d'autant plus dans la communauté, il ya eu des étapes considérables pour accroître la conscience culturelle, pour lutter contre le racisme et les préjugés raciaux, sans faire de généralisations et des hypothèses stéréotypées sur les besoins de certains groupes ethniques. Ces progrès ont été réalisés, en partie grâce à l'éducation, mais, plus précisément, par l'écoute des besoins des groupes spécifiques. L'attention s'est désormais tournée vers la spiritualité, car il semble que les définitions en cours d'élaboration peuvent être perçue par certains des groupes confessionnels comme étant biaisée par une influence judéo-chrétienne et semblent exclure et ne pas refléter la diversité des opinions et la compréhension de la spiritualité qui peut exister au sein d'autres communautés religieuses.</p>

La perception de la spiritualité dans la tradition judéo-chrétienne

Les chrétiens reconnaissent que les individus ne sont pas seulement composés d'un corps physique, mais qu'ils sont constitués d'un esprit et ou d'une âme. Les chrétiens vivent dans un monde créé par Dieu et la raison d'exister est d'adorer un Dieu transcendant qui est la source de bonté, d'amour et de beauté. Il peut y avoir beaucoup de points communs sur la façon dont la spiritualité peut être considérée dans le christianisme. Cependant, si l'on creuse plus profondément et qu'on explore la signification et l'importance de la spiritualité au sein de toutes les traditions chrétiennes, une image plus hétérogène en sortirait. Par conséquent, l'argument que les définitions de la spiritualité dans la littérature des soins présentent des influences judéo-chrétiennes doit être nuancé car il peut ne pas refléter la diversité qui peut exister au sein même dans la tradition chrétienne.

Les différentes définitions du concept de spiritualité par les infirmières, les patients et les représentants des religions

Des différences dans la façon dont le concept de la spiritualité est défini par les différents groupes de personnes, des infirmières, des patients et des représentants de quatre des grandes religions du monde (n = 22) est ressorti de cette étude. Les résultats peuvent ne pas être représentatif des personnes ayant une religion spécifique. Toutefois, le concept de la spiritualité, tel qu'il est utilisé dans les soins de santé, peut ne pas être universellement reconnu. Il est nécessaire d'être prudent lorsqu'on essaie d'appliquer directement le concept de la spiritualité à différents groupes religieux. Encore une fois, il faut tenir compte de la langue et des terminologies utilisées pour définir la spiritualité. Ces extraits révèlent que la spiritualité comme mot ne peut pas figurer dans le vocabulaire de toutes les traditions religieuses ou des groupes de personnes, pour les patients par exemple, ou du moins pas de la manière dont elle est présentée par les infirmières. D'autres facteurs peuvent expliquer la diversité des opinions et de la compréhension de la spiritualité entre ces groupes. Un facteur qui peut expliquer les différences entre les infirmières, les patients, et les quatre grandes religions représentées peut être la formation professionnelle. Sur les douze infirmières interrogées, plusieurs ont souligné que l'éducation après l'université avait changé leur compréhension de la spiritualité. D'autres variables qui peuvent être pris en considération sont: l'âge, le sexe, les pratiques religieuses, et les influences culturelles pour la socialisation par exemple.

	<p>Des limites associées à la recherche qualitative peuvent être évoqués quant à l'impossibilité de généraliser les résultats à la population en général. Sur le petit nombre de patients interrogés, une grande diversité d'interprétations et de compréhensions de la spiritualité sont ressorties.</p>
<p>Discussion et implication pour la pratique</p>	<p>Les résultats, bien que non représentatifs, apportent des informations précieuses sur la façon dont la spiritualité peut être perçue par les différents groupes. Il peut y avoir des opinions et des points de vue différents autour de ce que constitue la spiritualité. Il semble qu'il y ait peut-être des imprécisions dans la terminologie associée à la langue utilisée pour définir la spiritualité. Les divergences qui semblent exister entre les groupes interrogés soulignent l'ambiguïté et la subjectivité qui entourent le concept de la spiritualité. Par conséquent, les décideurs et les organismes de réglementation professionnelle devraient se prémunir contre des hypothèses à l'égard de ce qui constitue la spiritualité.</p> <p>Les données entourant le langage de la spiritualité implique que la spiritualité a des significations et des interprétations différentes. Cela peut avoir des conséquences dans la formation des soignants à ce sujet. Les programmes d'études ont besoin de refléter cette diversité d'opinions, et d'avoir recourt à une approche globale, universelle, en intégrant tous les points de vue. Cependant, l'un des risques en adoptant cette perspective est que le concept devienne trop subjectif et que tout puisse y être attribué. Les résultats de cette étude démontrent aussi l'importance d'adopter une approche individuelle et de non-jugement dans les soins. Il semblerait qu'en adoptant ces deux principes au sein de la formation le risque de généralisation et de simplification de la spiritualité soit écarté. Il semblerait qu'il y ait besoin de penser et de débattre sur des questions éducatives autour de l'enseignement de la spiritualité.</p> <p>Le concept d'évaluation spirituelle est encore relativement nouveau au sein du Royaume-Uni. La nature exacte, la fonction, et la pertinence de celui-ci sont encore débattu et contesté, à la fois au niveau académique et pratique. Une préoccupation originaire de cette région, évoquée par des professionnels de la santé, demeure la peur et l'appréhension de ne pas disposer des compétences nécessaires pour aider, et aborder une thématique autant sensible en étant assez profond et professionnel. La spiritualité est très subjective, diverse et complexe. Par conséquent, la nécessité de fournir des soins individualisés dans ce domaine est d'une importance primordiale.</p>

<p>Propre questionnaire, lien avec question de recherche</p>	<p>Il est nécessaire de former les professionnels de la santé à la spiritualité, la question est : comment proposer une compréhension et une définition du concept commune tout en garantissant l'individualité de cette approche?</p> <p>En vue, des différences de compréhension de la spiritualité selon son affiliation religieuse, serait-il pertinent de référer une patient musulman à une infirmière musulmane et un patient chrétien à une infirmière chrétienne?</p> <p>Y'aurait-il des généralisations ou des aspects clés se rapportant à chaque religion dans la compréhension de la spiritualité qui pourraient être établis et proposés dans la formation des professionnels?</p>
---	--

Etude: 13

Auteur: Cusveller, B. & Leeuwen, R.

Année: 2004

Source: Journal of Advanced Nursing, 48(3), 234-246.

Titre: Nursing competencies for spiritual care

Devis: Revue de littérature qualitative, semi-structurée et exploratrice.

Pertinence de l'étude : 22/22

Problématique et visée de l'étude	<p><u>Objectif</u></p> <p>- Cette revue s'intéresse aux compétences nécessaires aux infirmières pour prodiguer des soins spirituels: Quelles compétences les infirmières ont besoins pour prodiguer des soins spirituels?</p> <p>La question de base a été divisée en quatre sous-questions :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Quelles sont les interventions et les activités infirmières décrites qui sont reliées aux soins spirituels ?2) Quelles sont les exigences des attitudes professionnelles des infirmières dans les soins spirituels?3) Quelles sont les conditions organisationnelles décrites qui pourraient avoir une incidence sur les soins spirituels?4) Est-ce qu'un profil de compétences infirmiers dans le domaine des soins spirituels peut être établi par cette analyse de la littérature?
--	---

	<p><u>Problématique</u></p> <p>Les auteurs relèvent que les compétences nécessaires pour les soins physiques, psychologiques et sociaux sont bien documentées dans la littérature. Par contre, dans le contexte des infirmières en Nederland, les compétences nécessaires pour les soins spirituels ne sont pas claires.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p><u>Les soins holistiques</u></p> <p>Les auteurs définissent la notion de soins holistiques. Il s'agit des aspects physiques, mentaux, sociaux et spirituels de l'être humain.</p> <p><u>La définition de la spiritualité</u></p> <p>La notion de spiritualité se réfère à une famille de significations différentes qui son connectées et non à une définition qui englobe le tout. Les chercheurs exposent la spiritualité comme une fonction de l'être humain. Il s'agit d'activités, de convictions et d'attitudes relatives aux caractéristiques fondamentales de l'existence humaine, comme la mort, la souffrance, la vulnérabilité, la dépendance, l'inéluctabilité du choix et le sacré. La notion de spiritualité est utilisée dans cette revue pour désigner le mode de fonctionnement religieux, existentiel de l'humain en prenant en compte l'expérience et les questions de sens et de buts.</p> <p><u>La spiritualité en lien avec la santé et la maladie</u></p> <p>Les auteurs expliquent également qu'il est important de savoir comment la spiritualité se manifeste chez les patients en santé et malade. Partant du principe que la responsabilité de l'infirmière est de répondre aux dysfonctionnements de l'être humain causés par la maladie, ils expliquent que la responsabilité des infirmières vis à vis des soins spirituels dépend de la relation entre les fonctions spirituelles du patient et son état de santé. Il y a également le phénomène de la spiritualité, de la maladie et de la crise. Les gens confrontés à la maladie, à un handicap, à l'accouchement ou devant une mort imminente sont vulnérables aux changements ainsi qu'à la manière dont ils sont reliés à leur existence, à leurs habitudes, à leurs croyances et à leur mode de vie. Pour beaucoup, il s'agit d'une réponse saine à leur crise. Pour certains,</p>

	<p>ces perturbations entraînent une détresse spirituelle, une lutte sur le sens de la vie et ou un conflit lié à la foi. Ces réactions spirituelles durant la maladie vont influencer directement et urgemment la raison pour laquelle les patients vont être soignés. La fonction spirituelle fait partie des préoccupations de l'infirmière et sollicite de sa part des compétences dans ce domaine.</p> <p><u>La spiritualité et les responsabilités professionnelles</u></p> <p>La nature variée de la spiritualité humaine inclues également que les infirmières ont leurs propres formes de spiritualité. Ceci est important, car les infirmières prendront toujours leurs propres "cadre de référence" dans leur pratique, y compris pour les soins spirituels. Cela signifie, selon les auteurs, que les convictions personnelles de l'infirmières peuvent émerger dans leurs prestations de soins spirituels. Il peut cependant y avoir des tensions entre les convictions personnelles et les interventions attendues pour la prise en soins des besoins spirituels du patient. L'infirmière doit gérer ces situations conflictuelles d'une manière professionnelles.</p> <p>Les auteurs soulignent l'importance générale de bonnes conditions de travail et d'un environnement qui facilite les infirmières dans la prestation des soins spirituels. Elles ne doivent pas seulement être compétentes au niveau de la relation patient-infirmière, mais elles ont également besoin d'un contexte organisationnel propice à la prestation de soins spirituels adéquats et avoir la compétence d'en faire usage. L'intérêt des auteurs s'est focalisé sur les compétences utilisées par les infirmières pour les soins spirituels. Ils ont relevés que ces compétences sont reliées à la responsabilité professionnelle des infirmières aux soins directes au patient, aux limites de la responsabilité, aux interactions avec les autres soignants et professionnels et aux échanges et négociations avec les conditions contextuelles des soins spirituels.</p>
Population, échantillon	Revue de littérature.
Méthodes de	La revue de la littérature est qualitative, semi-structurées et exploratrice. Les résultats ont été documentés

récolte de données et analyse	<p>dans un cadre d'analyse comprenant des étapes du processus de soins infirmiers, avec des aspects contextuels et l'orientation vers d'autres disciplines.</p> <p>Une recherche documentaire en ligne a été réalisée sur les bases de données Pi Carta (en néerlandais), Medline et CINAHL (en anglais). Les termes de recherche utilisés étaient: soins infirmiers, les soins spirituels, de compétence, les interventions de soins infirmiers et en soins infirmiers. Lors de la recherche en anglais, les auteurs ont été vigilants à prendre de la littérature de provenance de différents pays. Les principales œuvres de renommées internationales ont été incluses. Une attention particulière a été accordée aux sources néerlandaises et allemandes en lien avec la culture néerlandaise des soins infirmiers et de la spiritualité. La littérature qui met l'accent sur les interventions cliniques dans la pratique des soins infirmiers à été privilégié aux réflexions philosophiques.</p>
Résultats	<p>Les résultats mettent en évidence que les soins spirituels sollicitent toutes les compétences professionnelles d'une infirmière à l'exception de la prévention et de l'éducation à la santé. les compétences disponibles ont été reformulées dans la littérature sous la forme d'un profil de compétences. Trois domaines ressurgissent lié à la personne infirmière (attitude, qualité personnelle, responsabilité professionnelle, savoir et vision), au processus infirmier (observation, évaluation, diagnostic, "coaching" soutien, information et conseil, la continuité des soins et la coordination, la coopération multidisciplinaire), au contexte institutionnel et aux soins offerts (les conditions institutionnelles favorables).</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Les expressions des patients de leurs fonctions et besoins spirituels apparaissent différemment selon leur problème de santé. Cela signifie que les infirmières peuvent avoir besoin de compétences différentes lors d'une prise en charge maternelle en néonatalogie, auprès de personnes handicapées, lors de problématique de chronicité, lors d'accompagnement de mourants, et ainsi de suite. Les divers aspects de la spiritualité peuvent varier également selon les contextes dans lesquels les infirmières travaillent. Leurs responsabilités professionnelles et leurs compétences peuvent varier dans des contextes de la prise en charge communautaire en zones rurale ou au centre-ville, dans les soins intensifs et dans les milieux hospitaliers universitaires. De plus, dans les sociétés multiculturelles, les infirmières peuvent avoir à traiter</p>

	avec les patients issus de différents groupes religieux et de différents milieux culturels.
Propre questionnement, lien avec question de recherche	<p>Comment développer et améliorer ces compétences (vastes, et non exhaustives) infirmières pour répondre aux besoins des patients nécessitant de soins spirituels?</p> <p>En vue de l'importance des ressources contextuelles, la formation et les mesures institutionnelles devraient se faire simultanément. La formation et les compétences pures des infirmières ne sont pas suffisantes. Il est nécessaire de tenir compte du rôle et de l'impact de l'environnement en matière de soins spirituels.</p>

Etude 14

Année: 2004

Source: Journal of Clinical Nursing, 13, 136-142

Titre: challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse

Devis: qualitative de type théorisation ancrée

Pertinence de l'étude : 18/22

Problématique et visée de l'étude	<p><u>Objectif</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Explorer des définitions et les modèles de spiritualité- Déterminer ce qu'on entend par besoins spirituels- Explorer la tension potentielle entre la nature des soins spirituels et les évidences professionnelles chez une infirmière chrétienne <p><u>Problématique</u></p> <p>La dimension spirituelle fait partie des soins infirmiers holistique. Elle fait parti de l'évaluation du bien-être du patient dans n'importe quels domaines des soins. Toutefois, il est reconnu que c'est encore loin d'être un concept clairement définit et accepté universellement.</p>
Idées et concepts centraux/théories	<p>Le défi pour les soins infirmiers est de fournir une définition de la spiritualité qui est universelle en tenant compte de l'importance et de la pertinence du phénomène dans la pratique clinique tout en garantissant l'individualité des personnes. Cependant, dans la définition de la spiritualité, le but n'est pas d'assembler un</p>

	<p>tout, mais de chercher à comprendre, si possible, la vraie nature de la spiritualité. Une grande partie de la littérature infirmière tente d'offrir des principes, des lignes directrices pour l'évaluation des soins spirituels en tenant compte de la diversité des opinions.</p> <p><u>Principes et lignes directrices</u></p> <p>Les principes régissant l'administration des soins infirmiers à travers les frontières culturelles expliquent que l'infirmière devrait partir des croyances, des pratiques et de la religion du patient dans la prestation de soins spirituels.</p> <p>Le dilemme est la façon dont l'infirmière qui détient croyance particulière (par exemple le christianisme) peut offrir des soins spirituels optimaux aux patients qui détiennent d'autres croyances très différentes</p> <p><u>Les modèles de soins spirituels</u></p> <p>Les modèles de soins spirituels proposent des lignes directrices pour l'évaluation spirituelle, qui s'articule autour de quatre domaines de recherche: le concept de la personne de dieu ou d'une divinité, de leurs sources d'espoir et de force, de l'importance des rituels ou des pratiques religieuses, et les relations perçues par la personne entre leurs croyances spirituelles et leur santé.</p> <p><u>Pratiquer avec intégrité</u></p> <p>L'infirmière chrétienne qui désire pratiquer avec intégrité est confrontée à un défi. Si l'infirmière est autorisée à pratiquer au sein d'un modèle qui prône l'individualité et l'authenticité de l'infirmière, ainsi que celle du patient, l'infirmière peut se sentir autorisée à partager avec le patient son être tout entier, y compris sa relation avec dieu et Jésus. Cela doit être fait dans la plus grande sensibilité et le respect.</p>
Population, échantillon	<p>Cette étude s'intéresse aux infirmières chrétiennes pratiquant des soins spirituels. Les auteurs recensent la littérature à ce sujet.</p>

Méthodes de récolte de données et analyse	Le document constitue un document de position écrite dans le contexte du Royaume-Uni et dans la perspective d'une élève infirmière en tant que chrétienne engagée.
Résultats	Bien que la spiritualité est souvent considérée comme une quête de sens et de but, comme transcendant et distincte de la religion, il ya une absence d'accord sur les besoins spirituels et donc du rôle des infirmières lorsqu'elles rencontrent des patients avec des besoins spirituels. L'accent semble être plus dans la définition des besoins spirituels de sorte qu'il ne porte pas atteinte ou n'exclue ni le patient ni l'infirmière, dans la recherche de la vérité sur la question des besoins spirituels de l'homme. Il semble que les infirmières doivent compter sur leur propre intégrité et croyances face à leurs patients. L'infirmière qui prétend que le christianisme est la norme et qui veut agir avec intégrité, peut ressentir un sentiment d'obligation morale de partager leurs connaissances avec ceux qui sont dans le besoin spirituel.
Discussion et implication pour la pratique	<p>L'exploration révèle les difficultés rencontrées par une infirmière qui souhaite administrer des soins spirituels en ayant un engagement personnel à la foi chrétienne.</p> <p>La reconnaissance et les débats sur le challenge des soins spirituels est probablement la première étape pour répondre de manière optimale aux besoins spirituels des patients. Le dilemme qu'il faudra peut-être davantage explorer dans le contexte des soins infirmiers est de savoir comment une infirmière, en ayant une croyance particulière (par exemple le christianisme) peut offrir des soins spirituels idéaux aux patients qui détiennent d'autres croyances très différentes?</p>
Propre questionnement, lien avec question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Comment composer avec les aspects personnels, son intégrité et les besoins du patient? - Est-ce que les infirmières sont plus compétentes si elles soignent des patients de même religion qu'elles? - En matière de foi, on parle souvent de conviction; est-ce que les infirmières ayant de fortes convictions

	sont à même d'être ouverte sur d'autres croyances?
--	--

Etude 15

Auteur: Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Poste, D., Jochemsen, H.

Année: 2008

Source: Journal of Clinical Nursing, 17, 2768-2781

Titre: The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care

Devis: quantitative type: quasi-expérimentale

Pertinence de l'étude : 22/22

Problématique et visée de l'étude	<p><u>Objectif</u></p> <p>L'objectif est de déterminer à la fois les facteurs influençant la provision de soins spirituels et les effets eux-mêmes de ces cours sur les étudiants. Les questions de recherche formulées sont les suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Quel sont les effets d'un cours d'éducation sur les soins spirituels auprès des étudiants infirmiers selon leurs propres perceptions de leurs compétences en soins spirituels?2. Quelle influence ont les facteurs relevés par les étudiants sur leurs propres perceptions des compétences; la spiritualité personnelle, l'engagement religieux, la réflexion sur les questions de la vie, la vision holistique des soins infirmiers et leurs propres expériences des soins spirituels dans la pratique?3. Dans l'évaluation de l'analyse des vignettes des élèves, y'a-t-il une différence significative entre les répondants du groupe d'intervention et ceux du groupe de contrôle après avoir terminé un cours sur les soins spirituels?
--	---

	<p><u>Problématique</u></p> <p>Des études suggèrent que la préparation des infirmiers dans le domaine de la spiritualité est pauvre. Pour l'évaluation des compétences peu ou pas de cadre de compétences explicites ou d'outils d'évaluation sont utilisés.</p>
<p>Idées et concepts centraux/théories</p>	<p><u>La formation et le développement de compétences</u></p> <p>Les auteurs recensent les écrits et les recherches récentes proches à leur thématique sous forme de tableau. Sur la base de ces études, ils ont conclut que l'éducation tend à avoir un certain effet positif sur la compétence des infirmières. Les effets de l'éducation peuvent être divisés en un impact sur la spiritualité et un impact sur la compétence professionnelle dans la prestation de soins spirituels.</p> <p><u>Outils d'évaluation des effets de l'éducation à la spiritualité chez les étudiants</u></p> <p>Différents outils d'évaluation sont utilisés pour mesurer l'effet de l'éducation de la spiritualité sur des étudiants. Ces études montrent différents effets de sensibilisation au concept de spiritualité et sur le bien-être spirituel des élèves. La spiritualité personnelle des élèves est le plus fort prédicateur de sa capacité à fournir des soins spirituels. Il n'y a pas de cadres de compétences explicites ou d'outils d'évaluation utilisé pour évaluer l'effet de l'éducation sur la capacité à fournir des soins spirituels. Cela soulève des questions au sujet des compétences particulières des infirmières en matière de soins spirituels et comment ils peuvent être mesurés.</p>
<p>Population, échantillon</p>	<p>Les sujets sont des étudiants des écoles d'infirmières dans les Pays-Bas (n = 97).</p>
<p>Méthodes de récolte de</p>	<p>Cette étude a eu une conception quasi-expérimentale avec une observation longitudinale avec pré et post-test. Les sujets sont des étudiants des écoles d'infirmières dans les Pays-Bas (n = 97). L'intervention</p>

données et analyse	<p>consiste en un module sur les soins spirituels. Les compétences sont mesurées par l'échelle de compétence des soins spirituels (CSSC).</p> <p>Au début et après six semaines, les élèves ont rempli un questionnaire contenant des éléments de l'échelle de compétence des soins spirituels (CSSC). Quatorze semaines après l'examen initial, le groupe de contrôle a également participé au programme éducatif sur les soins spirituels. Quand ils ont fini le programme, après 20 semaines, l'ensemble des étudiants ont rempli le questionnaire une troisième fois. Les participants n'ont pas été informés que le questionnaire était spécifiquement lié au programme éducatif sur les soins spirituels, afin d'éviter d'avoir des résultats biaisés par des réponses socialement souhaitables. Les énoncées de l'échelle des compétences en soins spirituels (CSSC) ont été insérées entre des questions sur les compétences des soins infirmiers généraux.</p>
Résultats	<p>L'analyse a montré des changements statistiquement significatifs dans les scores du questionnaire sur les compétences en soins spirituels les groupes au début et au fil du temps pour tous les étudiants. Les stages se sont avérés être un facteur prédictif négatif dans l'évaluation des compétences en soins spirituels. L'expérience des soins spirituels ainsi qu'une vision holistique des soins infirmiers se sont, quant à eux, avérés être des prédicateurs positifs pour certaines compétences. Une différence statistiquement significative a été observée dans le groupe des étudiants qui ont analysé une vignette avec un contenu spirituel explicite.</p> <p>Pour les participants, les cours ont eu un effet sur leur programmation et sur leur prestation de soins spirituel, sur leur professionnalisation et sur la qualité de leur prestations. Ces effets significatifs sont apparents à long terme. Les étudiants qui ont eu l'intervention sont plus compétants quatre mois après que immédiatement après avoir fini les cours. Cela peut-être signifier que le sujet des soins spirituel a besoin de temps pour être intériorisé.</p> <p>Les 97 étudiants, 95 femmes et deux hommes, participant à cette étude ont retourné le questionnaire aux trois moments de mesure (groupe d'intervention $n = 49$; groupe témoin $n = 48$). L'âge moyen des répondants était de 19,1. Les étudiants peuvent être caractérisés en tant que chrétiens engagés à 99%, 94% fréquentent l'église chaque semaine, 85% lisent la Bible sur une base quotidienne, 93% prient chaque</p>

jour et 74% sont actifs dans un groupe de discussions religieuses. Les élèves du groupe d'intervention ont fait leur stage clinique à l'hôpital (63%), en santé mentale (25%) ou en soins et santé communautaire (4%). Au départ, les étudiants se sont eux-mêmes classés sur une échelle de 1-10 sur la manière dont ils se percevaient vis à vis de la spiritualité et sur l'importance de la religion pour eux dans la vie quotidienne (moyenne 7.32).

L'analyse par régressions multiples a mis en évidence des résultats statistiquement significatifs entre la variable dépendante (les compétences en matière de soins spirituels) et certaines variables indépendantes. Il en est ressorti que d'avoir ou non un stage clinique influe sur les scores de l'évaluation de la mise en œuvre des soins spirituels, la professionnalisation et l'amélioration de la qualité des soins spirituels et sur le soutien personnel et le conseil aux patients. Cela signifie que les stagiaires ont eut des scores plus faibles par rapport aux étudiants sans stage clinique.

Il en est également ressorti que les propres expériences des étudiants en matière de soins spirituels sont statistiquement significatives de la variable: le soutien personnel et le conseil aux patients. Les étudiants ayant une telle expérience ont eut des scores plus élevés que les étudiants qui n'ont pas eu une telle expérience. Les élèves ayant une vision plus holistique des soins infirmiers ont eut des scores plus élevés sur dans compétence concernant l'orientation vers des professionnels. D'autres facteurs tels que la spiritualité des étudiants eux-mêmes, leur propre engagement religieux, leur âge et leur réflexion sur les questions de la vie n'ont cependant pas montré de prédiction statistiquement significative dans cette analyse.

Les analyses des vignettes

Les analyses des vignettes par un test de Mann-Whitney ont montré que la première vignette, avec un contenu spirituel implicite n'a aucune différence significative ($p < 0,005$) entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. La deuxième vignette, avec un contenu spirituel explicite, a montré des scores significativement plus élevés chez les étudiants du groupe d'intervention en comparaison à ceux du groupe témoin.

Discussion et implication pour la pratique	<p>Les résultats de cette étude sont pertinents pour l'enseignement infirmier en particulier, de même que pour la profession infirmière en général. Le résultat de cette recherche démontre qu'une formation spécifique avec un enseignement en soins spirituels, avec ces méthodes pédagogiques utilisées ont un impact sur la capacité des élèves à fournir des soins spirituels. L'évaluation des compétences en soins spirituels (CSSC) peut également être utilisée comme un outil valide et fiable pour évaluer la compétence infirmière vis à vis de ces soins. La formation a un impact sur le développement des compétences en soins spirituels, cependant la spiritualité n'a pas encore une place systématique dans la pratique quotidienne infirmière; il n'est présenté au étudiants que la théorie sur les soins spirituels.</p>
Propre questionnement, lien avec question de recherche	<p>Cette recherche est intéressante car elle met en avant l'efficacité de cours pour développer des compétences en soins spirituels et propose un outil pour évaluer le développement de celles-ci. Cela amène des perspectives afin d'aider et de favoriser la mise en pratique de ces soins. Cependant, un élément questionnant dans cette étude demeure la place de ces soins dans la pratique, et la formation pratique des étudiants.</p>

Etude 16

Auteur: Leeuwen, R., Riesinga, L. J., Middel, B., Post, D. & Jochemsen, H.

Année: 2009

Source: *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2857-2869

Titre: The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care.

Devis: Quantitative avec un devis transversal et longitudinal

Pertinence de l'étude : 22/22

Problématique et visée de l'étude	<p><u>Objectif</u></p> <p>Contribuer à l'élaboration d'un instrument valide et fiable: l'échelle des compétences en soins spirituels. Il s'agit d'un instrument pour évaluer les compétences des infirmières dans la prestation de soins spirituels.</p> <p><u>Problématique</u></p> <p>La mesure de ces compétences et de leur développement est importante. De plus, la construction d'un instrument fiable et valide est recommandée dans la littérature.</p>
--	--

Idées et concepts centraux/théories	<p>Swinton et Narayanasamy (2002) ont fait valoir que les instruments pour évaluer les dimensions de la spiritualité ont été conçus pour orienter les professionnels de santé vers la possibilité que cette dimension pourrait être important pour l'expérience du patient et pour proposer des lignes directrices sur les meilleures façons de prendre soin de l'individu. Ils ont fait valoir que le succès de l'évaluation spirituelle dépend de la sensibilité et de l'empathie de l'infirmière. Ces instruments étaient destinés à aider les professionnels de la santé à devenir plus conscients et sensibles à la spiritualité de leur patient et de les aider à identifier les besoins spirituels des patients.</p> <p><u>Le profil des compétences infirmières pour les soins spirituels</u></p> <p>Selon Van Leeuwen and Cusveller (2004), le profil de compétences est basé sur un examen approfondi de la littérature internationale à partir de différentes perspectives professionnelles, en particulier concernant les soins infirmiers et l'aumônerie.</p> <p>Ils ont distingué trois domaines dans les soins spirituels et six sous-domaines des compétences infirmières.</p> <p>Domaine 1 : Sensibilisation et l'auto-assistance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétence 1 : l'infirmière gère ses propres valeurs, convictions et sentiments dans ses relations professionnelles avec les patients de différentes croyances et religions. - Compétence 2: L'infirmière aborde le sujet de la spiritualité avec les patients de différentes cultures d'une manière bienveillante. <p>Domaine 2: les dimensions spirituelles en soins infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compétence 3: L'infirmière recueille des informations sur la spiritualité du patient et identifie les besoins des patients. - Compétence 4: L'infirmière discute avec les patients et les membres de l'équipe comment les
--	--

	<p>soins spirituels sont prévus, planifiés et rapportés.</p> <p>- Compétence 5: L'infirmière fournit des soins spirituels et évalue ceux-ci avec les membres de l'équipe et le patient.</p> <p>Domaine 3: Assurance de la qualité et de l'expertise</p> <p>- Compétence 6: L'infirmière contribue à l'assurance qualité et à l'amélioration de l'expertise en soins spirituels au sein de l'organisation.</p>
Population, échantillon	<p>Les participants sont des étudiants des écoles d'infirmières aux Pays-Bas. Pour la procédure de test et retest un second échantillon d'élèves a été sélectionné pour participer à cette partie de l'étude.</p>
Méthodes de récolte de données et analyse	<p>Il s'agit d'une étude quantitative avec un devis transversal et longitudinal par enquête.</p> <p>Les 197 participants sont des étudiants des écoles d'infirmières de niveau licence aux Pays-Bas. Les éléments de cet instrument ont proposé un profil de compétences en matière de soins spirituels. La validité de l'outil a été évaluée par une analyse factorielle et la cohérence interne a été établie par l'alpha de Cronbach et la moyenne inter-éléments par corrélation. La fiabilité test et retest de l'instrument a été déterminée à un intervalle de deux semaines.</p> <p>L'instrument original était composé de 35 questions concernant les compétences en soins spirituels issus des points clés du profil de compétences en soins infirmiers mis au point par Van Leeuwen et Cusveller (2004) . Les élèves ont été invités à indiquer sur une échelle de Likert à cinq points la façon dont ils ont évalué leur propre niveau de compétence en soins spirituels.</p>
Résultats	<p>L'échelle des compétences en soins spirituels intègre six compétences de soins infirmiers liés aux soins</p>

	<p>spirituels. Ces domaines ont été marqués:</p> <p>1: L'évaluation et la mise en œuvre de soins spirituels (α de Cronbach 0,82)</p> <p>2: La professionnalisation et l'amélioration de la qualité des soins spirituels (α de Cronbach 0,82)</p> <p>3: Le soutien personnel et les conseils aux patients (α de Cronbach 0,81)</p> <p>4: L'aiguillage vers d'autres professionnels (α de Cronbach 0,79)</p> <p>5: L'attitude envers la spiritualité du patient (α de Cronbach 0,56)</p> <p>6: La communication (α de Cronbach 0,71).</p> <p>Ces sous-échelles ont montré une bonne homogénéité avec une moyenne de corrélations inter-items de > 0,25 et une bonne fidélité du test et retest.</p>
Discussion et implication pour la pratique	<p>Cette étude propose une échelle valide et fiable pour mesurer les compétences en soins spirituels. Cette étude comporte cependant certaines limites méthodologiques qui devraient être prises en compte pour le développement ultérieur d'échelles de compétences en soins spirituels.</p> <p>Le CSSC, l'évaluation des compétences en soins spirituel, peut être utilisée à des fins pratiques, à la formation et à la recherche pour évaluer les compétences des étudiants et des infirmières qualifiées dans la prestation de soins spirituels. Ces évaluations peuvent fournir aux gestionnaires de soins infirmiers et aux enseignants de l'information sur les domaines où les infirmières devraient recevoir une formation pour devenir compétentes dans la prestation de soins spirituels.</p>
Propre questionnement, lien avec question	<p>Cette étude a démontré la fiabilité d'un instrument pour évaluer les compétences des infirmières en soins spirituels. Il peut donc être utilisé au sein des écoles pour évaluer des programmes de cours en matière de soins spirituels. De plus, au sein des institutions des études pourraient être faites pour évaluer les</p>

de recherche	compétences des infirmières en soins spirituels afin de mettre en évidence les besoins, les manques ou les ressources des infirmières dans ce domaine.
---------------------	--

Annexe 4 : Grille de lecture critique d'un article scientifique : approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				

Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Tradition et devis de recherche	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				

Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la				

	discipline infirmière ?				
--	-------------------------	--	--	--	--

*Peu Clair = information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe 4 : Grille de lecture critique d'un article scientifique : approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				

	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				
Méthodes					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des				

Traitement des données	hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique				

globale	infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				
---------	--	--	--	--	--

*Peu Clair = information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI

Annexe 5: Tableau synthèse des résultats

Facteurs personnels	Facteurs professionnels	Facteurs institutionnels	Facteurs socioculturels
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Age ✓ La personnalité ✓ Les croyances, la religion et les valeurs personnelles ✓ La conscience personnelle de sa spiritualité ✓ L'appréhension et la peur ✓ La mobilisation d'un cadre de référence personnel ✓ La perception et la compréhension de la spiritualité ✓ L'implication émotionnelle ✓ Les connaissances des autres cultures 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La définition de la spiritualité dans les soins infirmier ✓ La définition du rôle infirmier face à la dimension spirituelle, l'évaluation de la spiritualité, la promotion des croyances et des coutumes, le climat de confiance thérapeutique ✓ Les priorités thérapeutiques ✓ Les compétences liées aux processus de soins ✓ Le cadre théorique utilisé pour définir la spiritualité ✓ L'évaluation des compétences infirmières en soins spirituels ✓ Les compétences liées aux soins spirituels 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La philosophie de soins ✓ Les lignes directrices concernant le rôle de l'infirmière face aux besoins spirituels des patients ✓ L'éthique ✓ Le travail interdisciplinaire ✓ L'environnement ✓ L'utilisation de mesures pour faciliter l'application des soins spirituels dans le processus infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les différentes définitions de la spiritualité selon le statut/groupe social ✓ La morale